1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 63
DE BORDEAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BRONCHITE TYPHOÏDE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 AOUT 1886

PAR

Henry JANNAUT

Né à Bordeaux (Gironde), le 29 Mars 1863

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur
« pour acquérir de la gloire, ou pour un motif d'intérêt,
« mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir
« dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui
« est imposée, a sans doute de grands droits à l'indul-
« gence de ses lecteurs. (LA BRUYÈRE.)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. VERGELY, *Président.*
DUPUY.
LANDE.
ARTIGALAS.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 63

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BRONCHITE TYPHOÏDE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 AOUT 1886

PAR

Henry JANNAUT

Né à Bordeaux (Gironde), le 29 Mars 1863

« *On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur*
« *pour acquérir de la gloire, ou pour un motif d'intérêt,*
« *mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir*
« *dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui*
« *est imposée, a sans doute de grands droits à l'indul-*
« *gence de ses lecteurs.* (LA BRUYÈRE.)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. VERGELY, *Président.*
DUPUY.
LANDE.
ARTIGALAS.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... Professeurs honoraires.
BITOT.....

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE :

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle.	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enf.	BITOT.	Maladies mentales	N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. VERGELY

Professeur de Pathologie générale, Médecin des Hôpitaux,

Officier d'Académie.

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUDON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux,

Officier d'Académie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur de Clinique ophtalmologique,

Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie.

INTRODUCTION

Il est exceptionnel de trouver à l'autopsie des typhiques un état d'intégrité absolue de l'appareil respiratoire (1). Cela ne s'observe guère que dans des cas de mort très précoce ou presque accidentelle, à la suite de perforation intestinale ou de syncope. Dans l'immense majorité des cas, en effet, les organes respiratoires, tant les bronches que le parenchyme pulmonaire lui-même, participent à l'infection générale.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes ces complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, nous nous proposons de restreindre notre sujet à l'étude d'une seule complication : *la bronchite*.

(1) Grisolle n'admet dans aucun cas l'intégrité du poumon. (V. *Pathologie interne*.)

Mais il y a lieu de faire ici une distinction entre la bronchite intense, se compliquant presque toujours de lésions du parenchyme pulmonaire, et la bronchite légère, caractérisée par quelques râles sibilants disséminés dans la poitrine, et qui est en quelque sorte la compagne obligée de la fièvre typhoïde. Ce dernier genre de bronchite, qui est absolument négligeable, puisqu'elle se maintient ordinairement dans des limites modérées, ne fera pas l'objet principal de notre travail. Nous nous proposons d'étudier une bronchite plus grave puisqu'elle amène le plus souvent des lésions pulmonaires, une bronchite dont les manifestations sont tellement importantes, qu'elle peut à elle seule concentrer toute l'attention du praticien, et lui faire négliger le diagnostic de la maladie générale dont l'altération bronchique n'est qu'une manifestation. Il n'est pas rare, en effet, d'entendre dire à des médecins expérimentés (communication orale), qu'une bronchite avait tellement absorbé leur attention, qu'ils ne s'étaient aperçus de la fièvre typhoïde qu'à une époque déjà avancée de la maladie.

Pendant le cours de nos études, il nous a été donné d'observer plusieurs cas de ce genre dans les divers services de l'hôpital Saint-André, et notamment dans celui de M. le professeur Vergely; c'est en voyant nos maîtres attirer toute notre attention sur ces faits anormaux,

pour ainsi dire, que nous avons pensé à en faire le sujet de notre Thèse inaugurale.

Nous plaçant surtout au point de vue clinique, nous diviserons notre étude en quatre parties. Dans la première nous jetterons un coup d'œil rapide sur les manifestations pulmonaires des maladies infectieuses.

Dans la seconde partie, nous établirons l'historique de la question par ordre chronologique ; suivra un chapitre d'anatomie pathologique.

La troisième partie nous mettra sous les yeux le tableau de la maladie elle-même, en même temps que nous nous efforcerons d'en rechercher les causes.

La quatrième partie sera consacrée au pronostic et au diagnostic : nous insisterons sur l'issue fatale de la complication.

Enfin, dans la cinquième et dernière partie, nous tâcherons de répondre aux indications thérapeutiques générales et locales et nous dirons quelques mots, en terminant, des effets de la méthode de Brand sur le genre de complications que nous voulons étudier .

M. le professeur Vergely, avec une bienveillance toute particulière, a mis à notre entière disposition ses savants conseils ; que cet excellent maître reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BRONCHITE TYPHOÏDE

PREMIÈRE PARTIE

Toutes les maladies infectieuses ont un retentissement plus ou moins marqué sur le poumon.

Nous disions, dans notre chapitre d'introduction, qu'il était fort rare de trouver chez les personnes atteintes de fièvre typhoïde, un état d'intégrité absolue de l'appareil respiratoire. La dothiénentérie s'accompagne en effet, le plus souvent, de congestions portant sur les organes thoraciques; râles muqueux, râles sibilants, bronchite en un mot, entrent dans le tableau ordinaire des symptômes de la maladie; mais il est des circonstances, et elles sont nombreuses, surtout depuis l'introduction dans la thérapeutique d'un

traitement sur lequel nous aurons à revenir ; il est des circonstances où ces phénomènes prennent une intensité telle, qu'ils peuvent être considérés comme de véritables complications de la maladie.

Où devons-nous chercher la cause de cette sorte d'accumulation des manifestations typhoïdiques, de cet effort de la matière peccante, comme auraient dit les anciens auteurs, vers l'arbre aérien? Ne la recherchons pas en dehors de la manière d'être de la maladie, car c'est là seulement que nous devons la trouver. La fièvre typhoïde, en effet, trouve place dans le cadre de ces maladies qui résultent de la contamination de l'organisme par un principe toxique dont la nature n'est pas encore complètement connue (1). La fièvre typhoïde est au premier chef une maladie infectieuse. Or, si nous jettons un coup d'œil rapide sur le groupe de ces maladies dites infectieuses, il nous est facile de nous convaincre que dans aucune d'elles, les organes respiratoires ne sont épargnés dans la marche envahissante de l'infection générale. C'est ainsi que dans la fièvre intermittente (2), Griesinger nous apprend que la respiration est courte et le murmure vésiculaire faible; le malade tousse quelquefois; on peut entendre çà et là des râles de bronchites qui disparaissent en même temps que l'accès pour reparaître avec un nouvel accès. Plus accidentellement, mais fréquemment encore, de véritables épidémies de grippes, catarrhes bronchiques, viennent compliquer la fièvre intermittente; la

(1) Voir les travaux qui ont été publiés sur le microbe de la typhoïde : « Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominalis », par Eberth (*Arch. fur path. Anat. und. Phys.*, t. LXXXI, p. 58). — « Der Typhus abdominalis eine Schistomycase », par Klebs (*Arch. fur experimentelle Pathologie*, 1880). — « On the enteric Fever », par Klein (*Reports of the médical office of the Privy Conncil and local Governement Board*, 1875, n° 6). — « Experimentelle Untersuchungen, etc. » par Letzerich (*Arch. fur path. Anat. und. Phys.*, t. LXVIII, p. 519). — *Les bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde*, (Thèse de Paris, 1881) par Rappin. — *Les microbes pathogènes*, par M. Artigalas.

(2) Voir Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*.

toux, l'oppression, la dyspnée augmentent alors au moment de l'accès ; elles peuvent surtout acquérir un haut degré dans le stade de froid, et disparaissent dans la période de sueur avec l'expectoration.

En outre de cela, les manifestations broncho-pulmonaires peuvent se substituer à un accès franc de fièvre intermittente (1).

Les mêmes lésions se rencontrent également dans la fièvre jaune, autre maladie infectieuse. Le catarrhe bronchique, la congestion pulmonaire sont de règle pour ainsi dire, sans parler des infarctus pulmonaires apoplectiques et des ecchymoses pleurales.

Le choléra n'est pas exempt de ces phénomènes pulmonaires, au point que certains auteurs auraient voulu admettre, à l'instar de la fièvre typhoïde, une forme thoracique du choléra (2), tant sont éclatants, parfois, les phénomènes qui apparaissent du côté de l'organe respiratoire. Ces phénomènes se réduisent à deux : bronchite intense, inflammation du parenchyme pulmonaire. L'autopsie faite en cette circonstance montre un poumon rétracté, dont la pression fait sourdre un sang épais et noirâtre, recouvert d'un exsudat visqueux, contenant de nombreuses lamelles de desquamation épithéliale ; la plèvre présente de nombreuses ecchymoses ; la muqueuse bronchique, congestionnée dans presque toute son étendue, est recouverte d'un mucus épais.

Bien plus que le choléra, les affections dites typhoïdes, et sous ce nom, nous comprenons la dothiénentérie, ou fièvre typhoïde proprement dite, le typhus exanthématique ou fièvre pétéchiale, la typhoïde bilieuse et la peste, les affections typhoïdes, disons-nous, ont un retentissement très marqué sur les organes respiratoires.

(1) On se trouve alors en présence de la forme thoracique ou larvée de l'impaludisme.

(2) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses.*

C'est surtout dans la dothiénentérie, que les accidents thoraciques se montrent avec la plus grande variété. Tout, en effet, depuis la simple bronchite jusqu'à la tuberculose, peut s'y rencontrer. Presque toujours, nous avons pu constater les signes habituels du catarrhe bronchique dès l'arrivée des malades dans les salles de l'hôpital, et lorsque le traitement ne parvenait pas à enrayer la marche envahissante de l'inflammation, des grosses bronches, celle-ci, gagnait les bronches d'un moyen calibre, et finissait par envahir tout à la fois les dernières ramifications de l'arbre aérien et le parenchyme pulmonaire lui-même. L'autopsie nous révélait alors les lésions caractéristiques de la bronchite capillaire.

A côté de la bronchite, et au même plan, vient se ranger la congestion sous toutes ses formes. Louis (1) déclare avoir rencontré dix-neuf fois la splénisation, dix-sept fois l'inflammation au premier et au deuxième degré. Bazin (2) décrit trois degrés de congestion pulmonaire : la congestion simple, la carnification et l'apoplexie.

Enfin l'œdème, la pneumonie, la pleurésie, l'apoplexie, l'embolie de l'artère pulmonaire, la gangrène, la phtisie sont autant d'affections qui peuvent se rencontrer dans le cours de la dothiénentérie.

Nous lisons dans Griesinger (3) : « Le catarrhe de la muqueuse bronchique est le compagnon presque inséparable du typhus exanthématique..., il entraîne avec lui les mêmes suites que dans la fièvre typhoïde, en particulier l'atélectasie du tissu pulmonaire, l'accumulation des sécrétions bronchiques, les hypostases, les pneumonies lobulaires. »

Le même auteur écrit à propos de la typhoïde bilieuse : « Les glandes bronchiques sont le siège d'une tuméfaction

(1) Louis, *Traité de la gastro-entérite*, 1829.
(2) Bazin, Thèse inaugurale, Paris.
(3) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*.

aiguë, d'une infiltration notable. Les poumons paraissent le plus souvent très anémiés; le catarrhe bronchique et les infiltrations lobulaires disséminées ne sont pas rares. »

Disons enfin, en terminant cet aperçu sur les phénomènes thoraciques des maladies infectieuses, que dans la peste, les organes respiratoires participent également à l'inflammation générale; c'est ainsi que l'on trouve sur les plèvres des taches ecchymotiques; les bubons de l'aisselle sont entourés d'extravasations si vastes, qu'elles peuvent s'étendre jusqu'à la plèvre costale du côté correspondant. Dans la plupart des cas, pas toujours cependant, les bronches sont le siège de congestions; les anciens auteurs décrivent des altérations pathologiques que l'on peut rapporter tantôt à la pneumonie tantôt à la gangrène pulmonaire.

Nous pourrions encore prolonger cet exposé des complications pulmonaires dans les maladies infectieuses et montrer en même temps, que dans les fièvres éruptives les mêmes phénomènes s'observent du côté du poumon, mais pareille tâche nous entraînerait hors de notre sujet; nous nous sommes crus cependant autorisés à dire ces quelques mots, pour établir que dans aucune maladie infectieuse, le poumon (bronches et parenchyme pulmonaire) ne peut jouir d'une immunité complète, et qu'il y a dans chacune d'elle, un retentissement plus ou moins marqué sur les organes de la respiration. Nous disons *plus ou moins marqué;* il nous a été permis en effet de constater que les accidents ne présentaient pas toujours la même gravité et que certaines maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, par exemple, étaient en quelque sorte douées d'une affection toute spéciale pour les complications pulmonaires.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Courte sera l'histoire de la fièvre typhoïde et de la bronchite qui l'accompagne en certains cas, car il y a fort peu de temps que la maladie est nettement définie. Ce n'est guère, en effet, qu'à partir du XIXe siècle, que l'on peut la regarder comme constituée à l'état d'entité morbide. Evidemment nous ne mettrons pas en doute son existence dans les siècles précédents, mais décrite par les anciens auteurs sous des noms différents, et confondue même avec des maladies plus ou moins voisines, il serait par trop difficile de débrouiller dans la classe des maladies fébriles, une maladie correspondante aux descriptions magistrales qui ont été faites par Grisolle, Béhier, Jaccoud, Griesinger, Murchison, etc.

C'est ainsi que Reil, au commencement de ce siècle, classe sous le nom de typhus, toute maladie s'accompagnant de fièvre, de torpeur.

Dans la classification de M. Pinel (1), la dothiénentérie paraît entrer dans la classe des fièvres adyno-méningées.

(1) Pinel, *Nosographie philosophique*, 2e édition, Paris 1818.

C'est à Louis (1) que revient l'honneur d'avoir en quelque sorte constitué la fièvre typhoïde, par le traité qu'il publia en 1829. Dans cet ouvrage, il attire l'attention sur les accidents qui surviennent du côté du poumon dans le cours de la maladie.

En 1835, Eisenmann (2) réunit sous le nom de typhus, un grand nombre de maladies présentant plus ou moins les symptômes typhoïdes, et alors, suivant la prédominance des accidents, il décrit un pneumo-typhus, un iléo-typhus, un colo-typhus.

Dans la suite, la fièvre typhoïde a été l'objet d'une foule de travaux importants : mentionnons d'une manière toute spéciale les recherches de M. Audral (3), celles de Bretonneau publiées par plusieurs de ses élèves et notamment par M. Trousseau (4), qui donnèrent une description exacte des lésions anotomiques, et les suivirent dans leurs phases successives. Citons enfin les noms de Barrier, Rilliet et Barthez (5), qui ont apporté une lumière toute spéciale sur ce point de la pathologie.

C'est vers l'année 1835 que parurent les premières recherches sur les accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde. A cette époque, en effet, quoique en Angleterre et en Allemagne, le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde ne fussent pas nettement séparés l'un de l'autre, qu'en France, le typhus pétéchial fût douteux pour un grand nombre de médecins, nous voyons cependant tous les auteurs s'occupant de la dothiénentérie, mentionner les accidents pulmonaires qui peuvent survenir pendant son cours.

De même que les autres accidents pulmonaires, la bronchite a été signalée dès le début. Bazin la décrit dans sa

(1) Louis, *Traité de la gastro-entérite*, 1829.
(2) Eisenmann, *Die Krankheits Familie der Typhus*, 1835.
(3) Andral, *Clinique interne*, t. I.
(4) Trousseau, *Archives générales de médecine*, Paris, 1826.
(5) Barrier, Rilliet et Barthez, *Traité des maladies de l'enfance*.

Thèse inaugurale. Il divise les fièvres infectieuses en trois périodes. « La fièvre typhoïde, dit-il, parcourt trois périodes principales : la première, d'incubation, la deuxième, d'éruption, la troisième, de terminaison, et dans chacune de ces trois périodes de la fièvre, le râle que fournit l'auscultation de la poitrine est variable. Dans la première, c'est un mélange de râles sonores et muqueux, à fines bulles ou sous-crépitants; dans la deuxième, le râle sonore diminue en proportion de l'augmentation du râle muqueux; dans la troisième, le râle muqueux prédomine, et quelquefois il est impossible, à cette époque, de percevoir du râle sonore. »

Dans le tome III de sa *Nosographie médicale*, Bouillaud écrivait : « On rencontre souvent, surtout en hiver, de véritables bronchites ou même des pleuro-pneumonies, soit primitives, soit intercurrentes. Dans certains cas, la bronchite elle-même, par l'intensité et la durée de ses phénomènes, peut constituer une véritable complication (1). » Ces lignes sont précédées de plusieurs observations où l'auteur, montrant des individus atteints d'entéro-mésentérite, attire l'attention sur le catarrhe bronchique, persistant même après la cessation des phénomènes abdominaux.

Un an plus tard, en 1847, Delarroque publie un traité de la fièvre typhoïde dans lequel il met le catarrhe bronchique parmi les symptômes de début de la maladie. Il ajoute que l'existence de ce phénomène permet, dans quelques cas difficiles, de distinguer la fièvre typhoïde du simple embarras gastrique.

Quinze ans plus tard, Griesinger publie un traité remarquable sur les maladies infectieuses : la fièvre typhoïde y figure au premier rang. Le professeur de Berlin, divisant la maladie en deux périodes, décrit dans chacune d'elles des phénomènes d'inflammation bronchique. « Dans la première période, dit-il, la toux et les signes d'un catarrhe bronchique

(1) Bouillaud, *Nosographie médicale*, t. III, Paris, 1846.

se produisent dans un très grand nombre de cas; le malade atteint ainsi la fin de la première semaine, puis la toux devient plus fréquente, la respiration plus embarrassée, les râles bronchiques, sibilants et ronflants, sont plus étendus.

« Dans la seconde période, qui commence ordinairement « au quatorzième jour de la maladie, la respiration s'em- « barrase de plus en plus, la toux augmente d'intensité, « l'expectoration devient plus pénible; les signes d'une « congestion pulmonaire passive existant auparavant sont « maintenant plus évidents et plus étendus, et emportent « souvent le malade. »

En 1871, Jaccoud publie son *Traité de pathologie interne;* nous y lisons, dans son chapitre de la fièvre typhoïde : « La « toux, l'altération plus ou moins marquée de la voix, « dénotent le catarrhe des voies supérieures; celui des bron- « ches est révélé par des râles sibilants et ronflants de « nombres et d'étendue variables, et par une expectoration « rare, visqueuse et spumeuse; quelquefois la toux peut « manquer, et le catarrhe est méconnu si l'on n'a pas soin « d'ausculter le malade. »

Il est à remarquer que parmi tous les auteurs que nous venons de citer, aucun n'accorde à la bronchite typhoïde la même gravité ni le même degré de fréquence.

Enfin, en 1879, paraît une Thèse de Paris, dans laquelle M. Castex, traitant des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde, relègue le catarrhe bronchique au second plan, et fait de la congestion pulmonaire le phénomène essentiel et primitif.

Comme on peut s'en convaincre facilement, par ce qui vient d'être dit, l'histoire de la bronchite est relativement courte puisqu'elle remonte à peine au commencement de ce siècle, époque où la fièvre typhoïde fut constituée en temps qu'entité morbide, et où l'on découvrit les relations intimes qui existent entre l'inflammation intestinale et bronchique.

Néanmoins, dans le cours de nos recherches, nous avons

trouvé peu d'auteurs qui fissent une mention spéciale de cette forme interne de bronchite qui accompagne parfois une dothiénentérie que nous appellerions volontiers larvée si nous ne considérions que les symptômes abdominaux.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les lésions anatomiques des bronches dans la fièvre typhoïde diffèrent suivant les périodes de la maladie. Au début, lorsque le malade tousse à peine, et ne présente, comme signes sthétoscopiques, que quelques râles sibilants, les grosses bronches, car la phlegmasie est encore peu étendue, présentent tous les caractères de l'inflammation. Leur surface est lubrifiée par un mucus blanc, visqueux, aéré. Ce mucus est en général peu abondant et très adhérent à la muqueuse; aussi les crachats sont-ils très rares. La membrane muqueuse est rouge; l'injection est disposée en arborisation, en plaques ou en piqueté. Par suite de la congestion intense qui règne dans le tissu bronchique, la tension du sang s'accroît considérablement dans les capillaires, la circulation est gênée et le tissu conjonctif sous-muqueux s'infiltre de sérosité. Il survient alors une diminution notable dans le calibre de la bronche enflammée, qui peut ainsi perdre un tiers de son diamètre. Le phénomène est sans gravité lorsque l'inflammation reste circonscrite aux grosses bronches; mais, comme nous le verrons bientôt, le pronostic s'aggrave avec la marche envahissante du processus inflammatoire.

En définitive, les lésions d'ordre anatomique dans la pre-

mière période, se circonscrivent ordinairement aux bronches de gros calibre et peuvent se résumer en un seul mot : inflammation.

A mesure qu'on s'éloigne du début de la maladie, l'inflammation se propage des gros troncs de l'arbre aérien, et finit par gagner les dernières ramifications, sans épargner le parenchyme pulmonaire lui-même. Les bronches de moyen calibre présentent les mêmes altérations que les grosses. Quant aux dernières ramifications de l'arbre aérien, si on vient à les inciser, on les trouve remplies par une matière muco-purulente épaisse, non aérée, qui les oblitère presque complètement. La membrane muqueuse n'est pas considérablement augmentée d'épaisseur : sa consistance est à peu près normale ; mais elle est d'un rouge intense, et cette rougeur va, en s'affaiblissant, des grosses ramifications vers les plus petites ; d'autres fois, c'est le contraire qu'on observe. Cette obstruction des bronches capillaires que nous venons de mentionner est le point de départ de modifications notables dans les lobules du poumon. Elle cause la dilatation des vésicules pulmonaires qui ne peuvent plus se débarrasser de l'air qu'elles contiennent ; d'où emphysème vésiculaire ; quelquefois l'air se répand dans le tissu conjonctif qui entoure les vésicules ; on est alors en présence de l'emphysème interlobulaire.

Ces lésions expliquent pourquoi le poumon, loin de s'affaisser sur lui-même lorsqu'on ouvre la poitrine, tend, au contraire, à s'échapper de cette cavité. Il n'est pas rare, également, de voir un grand nombre de vésicules dilatées contenir la même matière que les bronches.

Nous venons d'étudier les lésions d'ordre anatomique que présentent les bronches aux diverses périodes de la dothiénentérie. Il n'est pas possible de séparer ces lésions de celles que présente le poumon aux mêmes périodes. Le plus souvent, en effet, la bronchite typhoïde s'accompagne de congestion pulmonaire.

Lorsque la mort se produit dans le premier septénaire, on trouve les poumons légèrement augmentés de volume; d'une rougeur modérée, mais uniforme; leur poids est quelque peu augmenté; mais ils crépitent dans toute leur étendue. Si l'on vient à chercher par la palpation quelque point densifié, on n'en trouve pas; ils sont absolument souples dans toute leur étendue; plongés dans l'eau, ils restent assez facilement à la surface.

Dans le second septénaire, les phénomènes congestifs prennent plus d'intensité; les poumons sont alors volumineux, lourds, et présentent une teinte ardoisée en avant, violacée en arrière; mais ils crépitent et surnagent encore; à la coupe, ils offrent une coloration qui varie du rouge vif en avant, au violet sombre en arrière, et il s'en écoule beaucoup de sang. Les ganglions bronchiques, à cette période, sont fréquemment augmentés de volume. Dans une foule de cas, on rencontre, en outre, des points où le processus congestif a dépassé ces limites; ce sont des noyaux généralement peu étendus, dans lesquels la coloration est plus foncée, le parenchyme plus dense, la crépitation moins accentuée. C'est qu'alors la congestion pulmonaire s'accompagne d'œdème. Dans ce cas, les poumons, considérablement augmentés de volume, d'une pesanteur exagérée, présentent une coloration violacée, plus foncée en arrière qu'en avant; ils ne s'affaissent point sur la table, et, plongés dans l'eau, ils surnagent difficilement; à la palpation, ils donnent une sensation spéciale de rénitence et d'élasticité. Il n'est pas rare d'apercevoir des ecchymoses ou de petits foyers apoplectiques à travers la plèvre viscérale. A la coupe, il s'écoule une quantité considérable de sang noir, le parenchyme se présente sous l'aspect d'un tissu moins élastique, plus consistant, d'un rouge sombre uniforme, presque noir en arrière, où la stase veineuse s'est accrue sous l'influence de la déclivité; çà et là se présentent des foyers hémoptoïques et des infarctus sanguins de petit volume. Ces lésions sont

celles que l'on observe dans les cas où la congestion a provoqué la mort à brève échéance.

Lorsque la congestion a duré plus longtemps, le parenchyme crépite plus mal, surtout en arrière et aux bases, et il laisse sentir à la palpation des points assez nombreux où sa consistance est augmentée, et où la crépitation ne se perçoit plus; ces points constituent la lésion caractéristique de ce stade de la congestion, ce sont des foyers atélectasiques.

Ces foyers atélectasiques existent presque toujours à la partie postérieure des poumons, où l'influence de la déclivité jointe à celle de la faiblesse de l'impulsion cardiaque (le cœur, disent quelques auteurs, est presque toujours en voie de dégénérescence graisseuse), s'ajoute à celle de la congestion pulmonaire. Ces foyers ne dépassent guère le volume d'une noisette, mais ils ne peuvent être nombreux; ils se manifestent par une coloration un peu plus foncée et par une friabilité plus grande du parenchyme; quelquefois par une saillie légère, toujours par l'absence de crépitation et par une augmentation de consistance qui diffère beaucoup de l'induration pneumonique, mais qui donne un peu la sensation de l'œdème.

Enfin, lorsque la congestion a duré un certain temps, le parenchyme pulmonaire se trouve non seulement gorgé de sang, mais encore imbibé d'une certaine quantité de sérosité qui a transudé des vaisseaux sous l'influence de la stase veineuse. Cet œdème, plus abondant au niveau des points atélectasiques, gagne les parties déclives où il concourt, avec la congestion passive, à augmenter la consistance du parenchyme et à gêner l'expansion vésiculaire. En outre de cela, on trouve quelquefois la plèvre et le péricarde remplis de liquide.

Ces lésions anatomiques, que nous venons d'exposer et qui se réduisent à celles de la bronchite intense avec congestion et œdème du poumon, peuvent exister à divers degrés.

Dans le courant de notre dernière année d'études, il nous a été permis d'assister à deux autopsies faites chez des individus morts de fièvre typhoïde avec complication pulmonaire. Nous résumerons ces deux observations, désirant attirer spécialement l'attention sur les lésions anatomiques.

Observation I

Fièvre typhoïde légère ; bronchite capillaire ; mort ; autopsie.

Legrand, Pierre, vingt-cinq ans, cultivateur, entre à l'hôpital Saint-André, le 1er mai 1886, dans le service de M. Solles.

Il dit être malade depuis trois jours seulement. Au moment de son entrée à l'hôpital, il présente les symptômes suivants : Peau sèche et brûlante, fièvre intense (39°6), pouls dur et rapide, insomnie complète, céphalée persistante ; langue épaisse et sèche, rouge à la pointe et sur les bords, fendillée au centre. Rien dans l'abdomen ; à l'auscultation, un peu de sibilance de la respiration à la partie postérieure et inférieure du poumon.

Même état les jours suivants. Le 3 mai, le malade accuse, à la pression, une légère douleur dans la fosse iliaque droite. Selles normales.

5 mai. — Ventre dur, ballonné, douloureux ; râles sibilants très nombreux dans toute l'étendue de la poitrine et en arrière quelques râles sous-crépitants ; dyspnée peu accentuée. Pas de selle le matin, diarrhée dans la nuit.

6 mai. — Pas de taches rosées lenticulaires, diarrhée, respiration bruyante.

9 mai. — Trois taches rosées lenticulaires sur l'abdomen ; la diarrhée continue ; le malade se plaint de ne pouvoir respirer que très difficilement. La température est à 39°4.

10 mai. — La température, prise le matin, donne 38°6. Le soir elle est montée à 39°6.

11 mai. — Température : matin, 39° ; soir, 39°4; le malade accuse toujours de la gêne respiratoire, il tousse et crache.

12 mai. — Constipation absolue; ventre dur, ballonné; pouls dichrote, langue très sèche, dyspnée intense, expectoration collante bien qu'aérée, colorée en brun comme les crachats rouillés des pneumoniques. Submatité dans toute la partie postérieure du poumon ; respiration presque nulle en ce point. Pas de souffle, mais en avant de gros ronchus, des râles sibilants et quelques râles sous-crépitants fins. Température : matin, 38°4 ; soir, 39°6. Délire.

13 mai. — Même état; perte absolue de connaissance, yeux fixes, tics de la face, respiration bruyante, dyspnée extrême. Les signes d'auscultation ne se modifient pas malgré le traitement (alcool, toniques, ventouses), la dyspnée augmente, la fièvre persiste. Température : matin, 39° 8; soir, 39°4. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Poumons énormes, très lourds, d'une couleur rouge vif, plus congestionnés en arrière qu'en avant; ils crépitent sous le doigt dans toute leur étendue et ne laissent pas sentir de noyaux d'induration. Il existe cependant un peu de friabilité du tissu pulmonaire en arrière et aux bases; le parenchyme est rouge vif en avant, rouge sombre en arrière; il ne présente pas de noyaux inflammatoires et laisse écouler à la coupe une grande quantité de liquide spumeux, rougeâtre en avant et ressemblant à une émulsion graisseuse en arrière. Les bronches sont le siège d'une vive inflammation. La muqueuse offrant l'aspect d'un pointillé rougeâtre, est recouverte d'un mucus spumeux très adhérent. La paroi des bronches est augmentée de volume par suite de l'infiltration. Par la pression on fait sortir des gouttelettes de pus des petites bronches. Çà et là, existent des foyers d'atélectasie reconnaissables à leur couleur foncée et à l'absence de crépitation du tissu pulmonaire sans induration inflammatoire.

Les autres organes présentent les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde.

Observation II

Fièvre typhoïde ; congestion pulmonaire ; mort; autopsie.

Desplats Catherine, vingt-deux ans, journalière à Bordeaux, entre à l'hôpital Saint-André le 3 janvier 1886. Elle présente à son entrée les symptômes d'une fièvre typhoïde. Depuis quinze jours elle éprouvait un malaise général, elle a voulu néanmoins continuer son travail. La veille seulement elle avait eu une épistaxis et la céphalée avait beaucoup augmenté. Diarrhée, inappétence, langue saburrale, prostration des forces, insomnie.

Le lendemain et les jours suivants, ces phénomènes s'aggravent. A l'auscultation on trouve les signes d'une bronchite assez intense avec congestion, râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur des deux poumons, râles sous-crépitants aux deux bases, respiration impartaite en arrière, submatité. Expectoration spumeuse, aérée. La diarrhée continue; ventre ballonné avec quelques taches rosées. La température oscille entre 39°4 et 40°4.

9 janvier. — Oppression et dyspnée considérable; facies congestionné, peau brûlante, les râles sous-crépitants se montrent plus nombreux aux bases. Température : matin, 39°3; soir, 39°8.

13 janvier. — Respiration difficile, haletante, entrecoupée, congestion de la face; la malade se plaint à chaque expiration; pouls petit, fréquent, dichrote (120); à l'auscultation on entend un souffle intense aux deux bases remontant *assez haut ;* ballonnement, diarrhée, stupeur continue.

Température : matin, 38°9; soir, 39°7.

15 janvier. — Expectoration brunâtre, adhérente, matité et souffle aux deux bases. T. matin, 39°; soir, 40°. Les

jours suivants, asphyxie, cyanose, quarante ventouses; mort le 17 janvier avec tous les symptômes de l'asphyxie.

Autopsie. — Les bronches sont hypertrophiées; elles font saillie sur les coupes du poumon; leur muqueuse est d'un rouge vif et tomenteuse. Les deux sommets du poumon sont crépitants dans une petite étendue, tout le reste est le siège d'une congestion violente. Le tissu pulmonaire est pesant, noir, gorgé de sang fluide qui s'échappe en abondance à la coupe; il n'y a pas d'induration véritable, mais le parenchyme pulmonaire est plus dense et crépite difficilement. Plongé dans l'eau, il surnage difficilement.

Les autres viscères présentent les lésions communes de la dothiénentérie, sauf les méninges cervicales sur lesquelles on trouve quelques granulations tuberculeuses grises.

Ces deux observations, qui apportent quelques lumières sur les lésions anatomiques de l'organe respiratoire dans la dothiénentérie, nous montrent en même temps les complications que peut amener l'exagération du catarrhe bronchique.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie.

C'est ordinairement vers le milieu du premier septénaire, qu'un malade atteint de fièvre typhoïde présente les premiers symptômes de l'hyperhémie broncho-pulmonaire, car, nous avons presque toujours pu constater les signes habituels du catarrhe chez le typhique, dès son entrée à l'hôpital ; ils sont généralement peu accentués et peuvent passer inaperçus, d'autant plus facilement, que le malade n'attire jamais l'attention du médecin sur ce point. Cependant, il arrive quelquefois qu'il accuse une sensation spéciale de sécheresse à la gorge, un peu de toux sans expectoration, et un sentiment d'oppression qui se traduit par une augmentation des mouvements respiratoires. A cette période, l'examen stéthoscopique de la poitrine ne permet d'entendre que quelques râles sibilants et ronflants, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons et aussi variables de nombre que d'intensité. L'examen de la poitrine, fait à cette période de la maladie, n'est certes pas sans importance, car, lorsque les signes que nous venons de mentionner existent, le diagnostic entre la fièvre typhoïde et l'embarras gastrique devient par cela

même plus facile à établir (1); il ne faudrait cependant pas ériger le fait en principe, car la coïncidence du catarrhe gastro-intestinal et du catarrhe bronchique n'est pas un fait absolument rare dans certains embarras gastriques saisonniers et dans la grippe.

Dès la seconde semaine, les phénomènes pulmonaires s'accentuent. La toux devient plus fréquente; l'expectoration, qui était rare dans le cours du premier septénaire, augmente d'intensité; les crachats qu'elle fournit sont collants, épais, aérés cependant; puis, ils deviennent plus abondants, assez nombreux, légèrement jaunâtres. Le malade s'en débarrasse facilement. La dyspnée augmente rapidement; offrant ce caractère d'être disproportionnée aux signes de la bronchite. Comme conséquence, la respiration est légèrement bruyante, la bouche demeure entr'ouverte, les mouvements respiratoires sont fréquents et la face prend un aspect congestif. Le malade a le facies d'un pneumonique. Et cependant la percussion ne dénote aucune transformation dans la sonorité du poumon; disons cependant qu'on peut quelquefois observer en arrière un léger abaissement de la tonalité.

L'auscultation, dès le commmencement du second septénaire, révèle des râles bronchiques sibilants et ronflants plus étendus; leur siège de prédilection est en arrière au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, mais ils existent aussi à des degrés différents dans toute l'étendue des deux poumons. Ce n'est que vers le milieu de la deuxième semaine qu'apparaissent les râles sous-crépitants d'abord fins et peu nombreux, disséminés dans la poitrine, mais plus abondants en arrière qu'en avant, puis augmentant peu à peu de nombre et d'étendue, tout en demeurant constamment d'une fréquence moindre que les râles secs. La respiration est donc sibilante ou rude dans toute l'étendue du thorax, mais parfois elle peut devenir imparfaite, superfi-

(1) Delarroque, *Traité de la fièvre typhoïde*.

cielle en arrière et aux bases ; dans ce cas, le murmure vésiculaire est très difficile à percevoir ; d'autrefois elle prend, en certains points, le timbre du piaulement, mais nous n'avons jamais observé la respiration saccadée que l'on rencontre dans certains états congestifs du poumon.

Ouvrons ici une parenthèse. Le tableau clinique que nous venons d'exposer montre qu'il n'y a pas toujours une relation suffisante de cause à effet entre l'étendue des lésions broncho-pulmonaires et la gêne respiratoire qu'éprouve le malade. A quoi faut-il donc attribuer cette dyspnée? Est-ce au retrécissement du champ respiratoire? Oui, en partie, car, dans ce cas, la surchage d'acide carbonique dans le poumon est raisonnable, mais ce n'est pas la cause unique. Il faut, croyons-nous, tenir grand compte de la situation du poumon dans cette première période de la maladie. Cet organe est refoulé vers les parties supérieures du thorax par le diaphragme qui obéit lui-même à l'impulsion de la masse intestinale dont les fibres, parésiées par l'infection générale, se laissent distendre sous l'influence des gaz que contient l'intestin. Ajoutons à cela l'hypertrophie du foie et de la rate, fait constant en pareil cas, et nous serons en présence des causes qui, refoulant le poumon vers les parties supérieures de la poitrine, l'empêchent de se distendre pour accomplir en entier son mouvement d'inspiration. De là l'explication de cette dyspnée, existant en dehors de la bronchite capillaire, et qui n'est pas en proportion avec l'étendue des lésions bronchiques et dont la cause est, en partie du moins, extra-thoracique.

Dans la période de réparation de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire à partir du quinzième jour, les symptômes pulmonaires ne s'éloignent pas sensiblement de ceux d'une bronchite vulgaire en voie de guérison. La toux, en effet, devient grasse et fréquente; elle provoque une expectoration abondante, liquide, jaune, aérée, contenant une quantité considérable de globules de pus ; la dyspnée diminue, et à la respi-

ration sifflante succède une respiration bruyante à cause de l'encombrement des bronches par les mucosités; les râles humides, en effet, prédominent sur les râles secs, et on les entend principalement dans les grosses bronches. La durée de ces phénomènes est proportionnée à la rapidité de la convalescence; ils diminuent en effet progressivement avec la maladie, et généralement, lorsque la température retombe à son chiffre normal, il ne reste plus trace de ces accidents pulmonaires.

Telle est la marche, dans les cas réguliers, de cette bronchite dont la fréquence est telle, que l'on peut à juste titre lui créer une place dans le tableau symptomatique de la maladie; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi: il arrive parfois que loin de céder, la bronchite s'exagère, devient de plus en plus intense, et ne disparaît que longtemps après la cessation des accidents abdominaux, lorsque l'issue n'en est pas fatale (1).

Dans ces cas, on constate une exagération de la toux qui s'accompagne d'une expectoration d'abord difficile et composée de mucosités visqueuses, jaunâtres, non aérées. La dyspnée augmente d'intensité; elle a pour principal caractère d'être continue; aussi le malade ne peut-il respirer qu'au prix de grands efforts; incapable de supporter la station horizontale, et ne pouvant s'asseoir de lui-même à cause de son état de faiblesse extrême, il demande qu'on le tienne assis sur son lit. Le corps penché en avant, il fait appel à toutes les puissances respiratoires; malgré ces efforts, la respiration est incomplète et superficielle; l'air pénètre à peine au delà des bronches moyennes, aussi les mouvements respiratoires prennent-ils une fréquence inouïe.

L'examen de la poitrine donne des résultats variables suivant les périodes de la maladie.

Au début, on ne constate rien à la percussion, la sonorité est partout normale.

(1) Bouillaud, *Nosographie médicale*, t. III, Paris, 1835.

Plus tard, elle est légèrement diminuée dans les régions en collapsus; elle est accrue en avant et au sommet, au niveau des régions où se fait une respiration supplémentaire; dans l'un et l'autre cas, les vibrations vocales, appréciées par la palpitation thoracique, sont légèrement diminuées. L'auscultation fait entendre les gros râles secs, puis humides de la bronchite commune; mais en outre, on perçoit un râle sibilant fin et aigu, qui est mêlé de râles sous-crépitants à bulles moyennes et fines. En somme, c'est la dyspnée qui est le phénomène dominant.

Le tableau des symptômes diffère ici, suivant que la terminaison de la maladie se fait par guérison ou par mort. Si l'issue doit être favorable, la dyspnée diminue en même temps que la température baisse; l'expectoration devient abondante et facile, on constate en même temps la disparition des signes physiques que nous avons énumérés; dans le cas contraire, la température monte, la dyspnée augmente, les yeux du malade deviennent chassieux, son nez s'effile, il ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, et finit par mourir asphyxié.

Dans le tableau que nous venons de faire, il est facile de reconnaître les traits caractéristiques de la bronchite capillaire éclatant dans le cours d'une fièvre typhoïde. La bronchite, dans cette circonstance, s'accompagne toujours d'un état congestif intense du côté du parenchyme pulmonaire lui-même. Les malades présentent alors une dyspnée considérable, arrivant parfois jusqu'à soixante inspirations par minute, accompagnée de turgescence du visage, de cyanose des lèvres, de gonflement des jugulaires, de fixité du regard et d'un délire que M. Jaccoud (1) considère comme le résultat du défaut d'hématose. La température est constamment très élevée, la toux relativement peu fréquente. L'expectoration, subordonnée du reste à l'intensité du catar-

(1) Voir Jaccoud, *Pathologie interne*.

rhe bronchique, est fortement colorée en brun, et présente des stries sanguinolentes.

La percussion ne dénote aucun changement, sauf de la submatité vers les parties déclives. La respiration est fréquemment sifflante, l'auscultation fait entendre de nombreux râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue du poumon; mais les râles sibilants prédominent surtout en arrière et aux bases, où ils sont mélangés à quelques râles sous-crépitants. En outre, sur une foule de points, la respiration est superficielle, incomplète, et le murmure vésiculaire ne se perçoit plus. Cette forme de la congestion offre parfois une gravité considérable.

Lorsqu'il existe des points atélectasiques, ceux-ci se révèlent à la percussion, par la diminution ou l'absence de la sonorité pulmonaire, et à l'auscultation, par l'absence du murmure vésiculaire; il n'y a point d'exagération des vibrations thoraciques à leur niveau, mais on peut entendre quelquefois une respiration bronchique, légèrement soufflante, qui pourrait les faire prendre pour des foyers pneumoniques avec d'autant plus de raison, qu'on trouve autour d'eux des râles sous-crépitants très fins. Le plus souvent le souffle bronchique n'existe pas, et au niveau des foyers de splénisation, il y a absence de tout bruit respiratoire.

L'hypostase des parties déclives se révèle par de la submatité en arrière des deux côtés à la fois, par la diminution ou l'absence du murmure vésiculaire, l'éloignement du bruit respiratoire qui est incomplet et superficiel, la présence de râles sous-crépitants nombreux au milieu des parties déclives. Il est à remarquer que si dans ces cas la respiration est bronchique, elle ne devient jamais franchement tubaire: les râles se rattachant le plus souvent à la bronchite ou à l'œdème concomitant.

L'œdème pulmonaire accompagne en effet, très souvent, la congestion. La pression, augmentée par l'afflux sanguin, détermine la transudation de la partie liquide du sang, qui

s'épanche, soit à l'intérieur des alvéoles, soit dans les parois intervésiculaires. Lorsque cette transudation est assez abondante, il se produit une variété de râle intermédiaire au sous-crépitant fin et au crépitant, qui se distingue de celui-ci par des bulles plus humides et moins fines.

Il est d'ailleurs à peu près impossible de faire la part exacte de la congestion et de l'œdème. Ce qu'il faut avant tout retenir, c'est que ces deux phénomènes sont très fréquemment liés l'un à l'autre, et qu'ils constituent une complication obligée en quelque chose de la bronchite intense dans la dothiénentérie.

Nous avons sous la main des exemples remarquables de ces mouvements congestifs de l'appareil broncho-pulmonaire, et nous ne saurions mieux faire que d'en reproduire ici quelques-uns.

Observation III

(Communiquée par M. le Dr Canac.)

Fièvre typhoïde avec congestion pulmonaire; mort.

Berthe L..., vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital Saint-André, le 28 mars 1886, salle 4, dans le service de M. le Dr Riquard.

21 mars. — Céphalalgie, vertiges, malaise général.

22 mars. — Administration d'un purgatif qui amène de la diarrhée.

28 mars. — Céphalalgie, bourdonnements d'oreilles; météorisme abdominal, coliques, pas de gargouillements. Les deux temps de la respiration ont un timbre élevé; à droite et en arrière, un peu de sécheresse, quelques râles muqueux,

la langue est râpeuse. Les parties latérales du thorax et la paroi abdominale sont parsemées de pétéchies. T., matin, 40°1 ; R. 40.; soir, T. 40°7.

29 mars. — Congestion pulmonaire aux deux tiers inférieurs du poumon droit. T. matin, 39°4; soir, 40°.

30 mars. — Diarrhée abondante, langue sèche, chargée, rouge. T. 37°9 — 39°6.

1er avril. — Stupeur, subdélirium; diarrhée moindre. Respiration faible à droite en avant, supplémentaire à gauche; hypostase à la base du poumon gauche. T. 38°4 — 39°7.

2 mai. — Oppression considérable. Pas de selles depuis vingt-quatre heures. Borborygmes; fuliginosités à la langue et aux gencives. Râles sibilants en avant des deux côtés, muqueux à la base. T. 39°2 — 39°9; P. 120.

3 mai. — Les fuliginosités ont gagné le palais. Pouls très fréquent. Oppression, pas de douleur. Plus de diarrhée. Météorisme abdominal. T. 39°5 — 39°8.

4 mai. — La constipation persiste. Délire calme, somnolence. T. 38°6 — 39°7.

5 mai. — Escarre au sacrum; plus de taches; râles muqueux en avant et en arrière. Le météorisme et la constipation persistent. T. 39°4 — 39°6; P. 113, R. 40.

6 mai. — Crachats sanguinolents, matité à droite, au bord externe en avant, râles sibilants à gauche, sous-crépitants à la base du poumon droit. Adynamie extrême. Temp. 39°2 — 39°3, P. 128; R. 56.

7 mai. — Hoquet depuis la veille. Pouls petit, langue rouge, moins sèche. Hypostase à gauche, en arrière et à la base. T. 38°8 — 39°5; P. 112; R. 44.

8 mai. — Le hoquet persiste; diarrhée; pouls très faible. T. 38°5 — 39°8.

9 mai. — La faiblesse augmente rapidement; respiration haletante, diarrhée moindre. T. 37°9 — 39°8; P. 120; R. 56.

10 mai. — Défaut de coordination dans les mouvements. Parole embrouillée; miction involontaire. T. 38°5 — 39°4.

11 mai. — Soubresauts des tendons : plus de diarrhée, suffusion ictérique aux sclérotiques; parole incompréhensible. T. 38°5. Morte dans la soirée.

Observation IV

(Communiquée par M. le professeur Vergely.)

Fièvre typhoïde; bronchite intense au début; guérison.

Dargance Alex., vingt-deux ans, charpentier, constitution robuste, tempérament lymphatique, conditions de santé bonnes

Entre, le 1er juin 18..., salle 13, n° 5, dans le service M. le professeur Vergely.

Il raconte qu'il est malade depuis quinze jours, qu'il a commencé par avoir de la céphalalgie, ainsi qu'un malaise général. Peu à peu le malaise augmente, douleurs dans les membres; le malade est obligé de suspendre son travail. Après être resté ainsi malade pendant sept à huit jours, il est pris d'une toux rauque, intense, revenant par quinte, et il expectore, après chaque accès, un liquide muqueux, filant. Il nous assure se bien porter habituellement et n'avoir eu, pendant ces quinze jours, ni hémoptysies, ni épistaxis.

Nous constatons qu'il tousse en effet très fréquemment; la toux est rauque, rude, revient par quinte, et se termine par l'expectoration d'un liquide filant, blanchâtre, légèrement teinté en jaune; en se desséchant, il laisse sur le linge une tache jaune verdâtre.

La percussion du thorax en avant et en arrière, ne donne aucun changement dans la sonorité. A l'auscultation, la respiration est rude, mêlée à des ronchus et à quelques gros râles sous-crépitants épars des deux côtés.

La voix est nasonnée, et depuis le début, le malade accuse un peu de surdité, pas d'écoulement purulent par le conduit auditif externe.

Il a de l'inappétence, de la soif et de la diarrhée depuis

huit jours; les selles sont liquides, fétides, au nombre de trois à quatre par jours. Le ventre est assez souple, on ne perçoit pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls 104, peau chaude, rien au cœur.

Quand on fait asseoir le malade sur son lit, il éprouve des vertiges, il se plaint d'une céphalalgie persistante. Intelligence nette, pas de rachialgie, excrétions volontaires, rien de particulier dans les urines.

2 et 3 juin. — Léger délire la nuit.

9 juin. — La toux persiste ainsi que l'expectoration; à la percussion et à l'auscultation, mêmes signes qu'au début.

Le nombre des inspirations est de 32.

Le malade a de la diarrhée, sept à huit selles par jour. Le ventre est souple, pas de gargouillements. Deux taches rosées lenticulaires au niveau de la fosse iliaque droite. Quelques sudamina sur le thorax. Langue blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords, taches blanchâtres sur les gencives. Inappétence, pas de soif, pas de douleurs abdominales, la rate mesure douze centimètres de matité. Rien au foie, son volume est normal. La peau est chaude, le pouls à 104, rien au cœur. Le malade tousse beaucoup, crache peu; à l'auscultation, ronchus, râles sibilants.

10 juin. — La diarrhée continue, moins forte cependant, cinq selles dans la journée. Râles sibilants très nombreux, quelques râles sous-crépitants, un peu de dyspnée.

11 juin. — Diarrhée; à l'auscultation mêmes phénomènes que la veille, la dyspnée augmente.

12 juin. — Le malade se plaint de ne pouvoir respirer que très difficilement; à l'auscultation, râles sous-crépitants très fins. Applications de vingt ventouses sèches dans le dos. T. 38°6 — 39°6.

13 juin. — Le malade accuse toujours de la gêne respiratoire, il tousse et crache.

14 juin. — La diarrhée est beaucoup moins forte, la dyspnée persiste encore : expectoration collante mais aérée, colorée en brun, un peu de submatité. Ronchus, râles sibilants et sous-crépitants fins. T. 38°4 — 39°6. Application de trente ventouses sèches dans le dos.

14 juin. — Le malade se sent soulagé, la respiration est un peu plus facile. Expectoration toujours collante ; deux selles, demi-liquides. T. 38° — 39°2.

15 juin. — Le malade respire mieux que la veille, l'expectoration a de la tendance à reprendre les caractères du début. Percussion, rien ; auscultation, encore quelques râles sous-crépitants fins.

16 juin. — Même état que la veille, une selle dans la journée. T. 38° — 38°8.

17 juin. — Le malade se sent bien soulagé, il respire facilement, la toux est moins fréquente, l'expectoration diminue beaucoup, les matières expectorées sont filantes. Il a perdu trois ou quatre gouttes de sang par le nez, pas de délire.

18 juin. — Le malade va bien ; plus de diarrhée, plus de taches sur l'abdomen, ni de douleurs ; néanmoins il est encore dur d'oreille et tousse quelque peu. Le pouls est à 52, les pulsations ne se suivent pas à intervalles égaux, elles ne sont ni faibles ni fortes. L'examen de la région précordiale permet de constater l'absence de pulsations au niveau, au-dessus et au-dessous du mamelon. Ce n'est que dans le troisième espace intercostal, près du sternum, dans une étendue de quatre ou cinq centimètres, qu'on aperçoit un soulèvement commençant près du sternum, et se propageant de là dans une étendue de cinq centimètres. C'est une espèce d'ondulation.

L'auscultation permet de percevoir les bruits du cœur dans toute l'étendue de la région précordiale, mais à la base, au niveau de l'orifice aortique, le premier temps est prolongé manifestement, et l'oreille suit ce bruit prolongé jusqu'à la base du sternum.

1er juillet. — Le malade sort ; il est bien, très amaigri seulement. Plus de toux, aucun râle dans la poitrine, on ne perçoit que faiblement ce battement déjà mentionné au niveau du deuxième espace intercostal. La pointe se voit et se sent parfaitement. Elle bat en dedans du mamelon, à un centimètre environ. Le malade n'éprouve d'ailleurs aucune gêne dans la respiration. Le pouls donne 65 pulsations régulières, calmes. Le malade sort.

Observation V

(Communiquée par M. le professeur Vergely.)

Bronchite intense; engouement pulmonaire généralisé; mort.

X..., vingt-trois ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-André le 5 octobre 1882, à la salle 5, dans le service de M. le professeur Vergely.

La malade dit avoir, depuis quinze jours, une diarrhée assez abondante avec douleurs de reins et coliques; céphalalgie, pas d'épistaxis, insomnie, perte de l'appétit; la malade a vomi une seule fois. Toux quinteuse avec expectoration relativement peu abondante, rien au cœur, râles sibilants et de retour, disséminés un peu partout en arrière. La pression du ventre n'est pas douloureuse, pouls : 96 pulsations.

6 octobre. — T. 39° 2 — 40; toux fréquente, expectoration abondante de crachats collants, respiration fréquente.

7 octobre. — Le soir, aspect typhique assez prononcé. Légère douleur du ventre à la pression, pas de taches rosées lenticulaires, râles plus nombreux, dyspnée. On a surpris la malade se lavant les pieds et la figure à l'eau froide.

10 octobre. — Râles sibilants, sous-crépitants fins très nombreux. Engouement pulmonaire généralisé, application de quinze ventouses sèches.

11 octobre. — La malade, qui se trouvait soulagée hier soir, respire à peine ce matin. Injection d'éther sous la peau; trois vésicatoires, mort à midi.

Nécropsie. — A l'ouverture, le côté gauche du thorax contient une quantité considérable de liquide, le péricarde également. L'examen le plus attentif ne permet de découvrir aucune trace d'inflammation sur les plèvres viscérale et

pariétale. Le poumon est noirâtre aux deux bases. La division des alvéoles pulmonaires se voit assez nettement. A la coupe, le tissu pulmonaire est d'un rouge brun; il s'en échappe une quantité notable de liquide spumeux et rouge. Le poumon est crépitant; plongé dans de l'eau, il surnage, son tissu se déchire facilement, pas de pleurésie interlobaire, Les deux tiers supérieurs sont intacts. Les bronches sont le siège d'une vive inflammation. La muqueuse offrant l'aspect d'un pointillé rougeâtre est recouverte d'un mucus spumeux très adhérent.

Dans les autres organes, on constate les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde.

Pendant qu'évolue cette bronchite intense dont nous venons de retracer le tableau, que devient la fièvre typhoïde? D'une façon générale, on peut dire qu'il y a antagonisme entre ses diverses manifestations. A mesure que les phénomènes thoraciques deviennent prédominants, on peut observer une diminution dans l'intensité des autres symptômes.

CHAPITRE II

Etiologie.

Quelles sont les causes de cette localisation de la fièvre typhoïde dans l'appareil pulmonaire? C'est là une question qui n'est pas encore élucidée de nos jours. Naturellement nous n'avons pas à faire ici l'étiologie de la fièvre typhoïde; nous sortirions de notre sujet. Mais une fièvre typhoïde étant donnée, pourquoi se localise-t-elle plus spécialement dans les organes respiratoires? De prime abord, on serait peut-être tenté d'invoquer la saison comme cause déterminante de la maladie. Il n'en est rien; la saison ne peut pas être pour quelque chose dans cette localisation. C'est, en effet, pendant les mois de juillet et d'août, c'est-à-dire pendant les mois les plus chauds de l'année, que nous avons observé les fièvres à forme pectorale les plus graves et les plus nombreuses. Il faut donc rejeter absolument la saison comme cause déterminante de la localisation et tourner nos recherches d'un autre côté.

M. le Dr Péria, de Montpellier, fait remarquer, dans sa Thèse inaugurale, que les tempéraments sanguins sont tout particulièrement disposés à la localisation thoracique.

Que doit-on dire de l'hérédité au point de vue des maladies de poitrine? Ne peut-on pas les faire entrer en ligne de compte? ne facilitent-elles pas, en certaines circonstances, la détermination du côté du poumon? Tout porte à le croire; mais nous n'avons néanmoins aucune preuve à l'appui.

Quoi qu'il en soit, nous accorderons une mention toute spéciale à l'âge de l'individu. Les statistiques démontrent, en effet, que la forme pulmonaire est de beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les grandes personnes. C'est ce que disent Grisolle dans sa *Pathologie interne* et Murchison dans son *Traité de la fièvre typhoïde.*

Nous lisons à ce sujet dans le *Progrès Médical,* 1876. Il s'agit d'un rapport fait par M. le Dr Decandin, sur une épidémie de fièvre typhoïde : « La complication la plus grave a été celle qui tenait aux organes de la respiration. *La bronchite intense et la congestion pulmonaire sont choses fréquentes chez l'adulte, mais beaucoup plus encore chez l'enfant.* Deux malades ont été enlevés par cette complication : chez l'un, on a trouvé des noyaux considérables de bronchopneumonie, diagnostiqués pendant la vie en raison des râles bullaires fixes et des bouffées de souffle ; chez le second, il y avait une véritable hépatisation. »

Dans son *Traité sur les maladies générales des enfants*, publié en 1876, d'Espine écrit les lignes suivantes : « On décrit sous le nom de forme thoracique de la fièvre typhoïde, les cas où la respiration s'accélère notablement, où on observe des râles fins, humides et abondants à la partie déclive du poumon, où le visage devient violet, couperosé, où la toux est fréquente et le facies dyspnéique. Cet ensemble de symptômes se *rencontre toujours chez l'enfant* dès que l'adynamie est très accentuée; moins il y a de signes physiques pour expliquer l'asphyxie commençante, plus le pronostic est grave, car alors la dyspnée est en rapport direct avec la malignité de la fièvre. »

Dans sa Thèse inaugurale (Paris, 1881), le Dr Girard appelle l'attention sur la fréquence des accidents pulmonaires dans la dothiénentérie chez les enfants : « Nous arrivons maintenant à l'étude d'un symptôme qui *est bien plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte*; nous voulons parler des phénomènes thoraciques. Ceux-ci, en effet, *ne manquent*

presque jamais, même dans les formes légères ; les différents auteurs qui ont écrit sur la maladie n'ont pas assez insisté sur ce fait. »

Disons enfin, pour clore cette série de citations, que le Dr Castex expose les mêmes idées dans sa Thèse de doctorat (Paris, 1879).

L'âge du sujet peut donc, à juste titre, figurer au premier rang des causes déterminantes de la localisation pulmonaire que nous étudions.

Que penser du sexe ? Peut-il influer sur la détermination de ces accidents? Nous ne le pensons pas ; car s'il est vrai que la bronchite typhoïde soit plus fréquente chez les garçons que chez les filles, il faut ajouter aussi que la dothiénentérie se rencontre plus fréquemment chez les premiers. C'est donc une question de simple rapport, et, au fond, la proportion est toujours la même.

Disons enfin que la fièvre typhoïde jouit de toutes les prérogatives attachées aux maladies infectieuses. Comme ses congénères, elle a eu un retentissement sur les organes de la respiration. Nous l'avons suffisamment établi dans un premier chapitre pour n'avoir pas à y revenir.

QUATRIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Diagnostic.

La bronchite typhoïde pourrait être confondue avec la bronchite simple, non infectieuse, due à une inflammation *a frigore*. Mais le plus souvent encore le diagnostic différentiel est assez facile à établir ; car, quoique dans la fièvre typhoïde il n'y ait aucun symptôme qui soit pathognomonique, l'ensemble des symptômes abdominaux coexistant avec les symptômes thoraciques, permet d'affirmer la spécificité de la bronchite. Un catarrhe persistant, s'accompagnant de dyspnée intense, et ne cédant qu'à la longue au traitement institué, doit attirer l'attention du praticien du côté des organes abdominaux. Si ce catarrhe existe avec de la céphalalgie continue, des épistaxis, des taches rosées lenticulaires, des sudamina, du météorisme, du gargouillement de la fosse iliaque droite, si à l'ensemble de ces phénomènes se joignent des hémorrhagies intestinales, une hypertrophie du foie et de la rate, de la stupeur ou du délire, de la contracture et des soubre sauts, le doute n'est plus possible, on est en présence d'une bronchite infectieuse, de la bronchite typhoïde.

Mais dans quelque, cas, malheureusement, les faits ne se présentent pas avec autant de netteté: les phénomènes thoraciques, la toux, la dyspnée dominent toute la scène; de telle sorte qu'il est à peu près impossible de dire si c'est une fièvre typhoïde qui commence, plutôt qu'une autre maladie aiguë. Dans le courant de cette année, il nous a été permis de constater un cas de ce genre dans le service de M. le professeur Vergely. Il s'agissait d'une typhique ayant une bronchite très intense et qui n'a présenté comme accidents abdominaux, que du gonflement de la rate avec un léger catarrhe intestinal. Il ne nous a pas été permis de recueillir l'observation de cette malade.

Que faire en pareille circonstance? Le plus sage est de parer aux accidents qui se sont montrés les premiers; car le péril principal ou, du moins, le danger le plus prochain, étant dans l'affection des bronches, c'est contre elle d'abord qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique, sans trop se préoccuper de la maladie principale. Il sera bon en même temps d'analyser tous les phénomènes qui se déroulent sous les yeux, et de surveiller attentivement l'abdomen pour enrayer les accidents au fur et à mesure qu'ils apparaîtront. Nous appellerons volontiers cette méthode : *méthode d'explication à main armée.* Dans ce cas, si le diagnostic n'est pas complet dès le début, il ne pourra manquer de le devenir dans la suite et justifiera l'emploi d'une thérapeutique dirigée contre une maladie d'infection générale.

La bronchite typhoïde intense peut être également confondue avec la phtisie aiguë ; dans l'un et l'autre cas, nous nous trouvons, en effet, en présence d'accidents tiphoïdes tels que fuliginosité de la bouche, délire, diarrhée, sudamina. Cependant l'erreur est difficile, ou du moins elle n'est guère possible qu'au début. En effet, dans la phtisie, il n'y a pas communément d'épistaxis, ni de gargouillement iléo-cæcal, et si dans quelques cas on a constaté sur le ventre des taches rosées, celles-ci n'existaient jamais qu'au nombre

de trois ou quatre, ce qui nous paraît insuffisant pour donner à ce symptôme une valeur absolue. De plus, dans la phtisie aiguë, la dureté de l'ouïe et le météorisme font défaut; la température est en général plus basse, sa marche est irrégulière et procède bien plus par poussées. Enfin, l'examen de la poitrine sera pour nous un puissant guide dans la voie du diagnostic : l'oppression, les râles sibilants et sous-crépitants qui remplissent le thorax, la sonorité conservée, sont autant de phénomènes appartenant à la bronchite infectieuse. Tandis que dans la phtisie aiguë, l'auscultation nous fera entendre une expiration rude, saccadée, prolongée, la percussion nous indiquera un défaut de sonorité et d'élasticité.

Le diagnostic est encore difficile lorsque les râles de la bronchite sont localisés dans la région sous-claviculaire. Ces râles, autant par leur timbre que par leur siège, peuvent en imposer pour un début de tuberculose pulmonaire, surtout quand ils s'accompagnent d'amaigrissement rapide, de fièvre et d'absence de phénomènes abdominaux. Ici encore, l'état général, la marche de la température, et surtout l'allure de la maladie éclaireront le médecin dans ses recherches.

M. le professeur Vergely (1) a pu observer un cas de ce genre dans sa clientèle privée. Il s'agissait d'un enfant de treize ans, fils d'un médecin de Bordeaux. Ce petit malade avait une toux légère accompagnée d'un état fébrile continu. Le sulfate de quinine ne put amener aucun amendement. Le père ausculta l'enfant en présence de plusieurs de ses collègues et constata des râles sous-crépitants à fines bulles localisés dans la région sous-claviculaire antérieure du côté droit ; puis les râles sibilants apparurent à la partie postérieure de la poitrine. L'inappétence était absolue, l'accablement profond, léger subdélirium, pouls à 120. On crut à une tuberculose au début. M. le professeur Vergely, se fon-

(1) Communication orale.

dant sur le milieu dans lequel avait été placé l'enfant, sur un léger développement de la rate et du foie, sur la présence d'une ou deux taches placées au niveau du bord des fausses côtes, pensa qu'il fallait opter plutôt pour la fièvre typhoïde. Les événements ultérieurs lui donnèrent raison. Les phénomènes thoraciques s'amendèrent peu à peu, le pouls diminua de fréquence, la température s'abaissa et le vingt et unième jour l'enfant entra en convalescence.

Disons, enfin, en terminant ce chapitre, qu'il sera bon d'interroger le malade sur ses antécédents héréditaires et personnels, ses réponses pouvant être de quelques secours au praticien dans la recherché du diagnostic.

CHAPITRE II

Pronostic.

Au point de vue du pronostic, le catarrhe bronchique dans la fièvre typhoïde est très important; autant il reste dans beaucoup de cas limité et accessoire pendant tout le cours de la maladie, autant il est considérable dans d'autres. Un catarrhe étendu et intense augmente la fièvre, la prolonge au delà du temps ordinaire, de telle sorte qu'à la troisième semaine la conversion de la maladie ne se fait pas, ou se fait incomplètement. Le danger provient alors de la réplétion des bronches par les sécrétions ; et il est d'autant plus considérable que la faiblesse du malade est plus grande, que l'expectoration est plus difficile ; la mort arrive alors par asphyxie. Lorsque la bronchite se généralise et gagne les petites bronches, il se forme des petits foyers d'induration dans le parenchyme pulmonaire avec congestion de cet organe, qui sont un obstacle mécanique à la circulation et occasionnent la formation de caillots dans le cœur droit.

Marvaud, dans un mémoire paru en 1880 sur la mort subite dans les formes thoraciques de la fièvre typhoïde, signale, comme cause adjuvante, la tendance du sang à se coaguler sous l'influence de l'augmentation de la fibrine occasionnée par la phlegmasie respiratoire ; c'est là une influence qui n'est pas assez contrebalancée par l'action du

virus typhique sur le sang. On sait, en effet, que sous l'influence de la fièvre typhoïde, il y a diminution de la fibrine, des globules rouges, de l'albumine, et des matériaux solides du sérum, altération qui a pour résultat une fluidité anormale du liquide sanguin.

Quoiqu'il en soit, nous croyons que l'obstacle mécanique apporté au renouvellement du sang, peut suffire à expliquer, conjointement avec la parésie cardiaque, la formation de concrétions sanguines, et alors la mort survient brusquement par embolie de l'artère pulmonaire, ou par accroissement progressif des concrétions. Ces cas sont heureusement fort rares ; il arrive souvent que la congestion pulmonaire qui accompagne la bronchite intense se termine comme elle par résolution. Cette circonstance, néanmoins, n'en diminue pas la gravité du pronostic qui reste fort grave, surtout chez les enfants.

Nous insérerons, dans ce chapitre, plusieurs cas de mort subite, survenus par le fait de l'exagération des accidents thoraciques dans le cours de la dothiénentérie.

Observation VI

(Empruntée à M. le Dr Ducloux).

Fièvre typhoïde avec bronchite et congestion pulmonaire intense ; Mort par asphyxie ; Autopsie.

Paccard (Barthélemy), soldat au 122e, entré le 27 juillet 1882, salle 1, service de M. le médecin principal. Malade depuis huit jours, n'a subi aucun traitement.

Stupeur très prononcée, diarrhée véreuse, peau sèche, langue légèrement rôtie. T., soir, 40°8.

Prescription : riz au lait, diète de vin, un gramme de chloral pour le soir.

28 juillet. — A déliré pendant la nuit, a quitté son lit ; même état général. T., 40°-40°7.

29 juillet. — Céphalalgie intense, particulièrement pendant la nuit. Dans la matinée, épistaxis. Diarrhée abondante, toux, râles sibilants généralisés. T. 40°.

Prescription : Sulfate de quinine, 1 gramme en potion avec 6 gouttes de chloroforme ; potion au chloral ; lavement avec infusion de camomille. T., soir, 40°2.

30 juillet. — La céphalalgie persiste ; pouls fréquent, tendu, langue blanche, humide sur les bords, météorisme, diarrhée abondante, râles de bronchite généralisée ; à gauche et en arrière, râles sous-crépitants. T., matin, 39° ; soir, 39°8; 80 centigrammes de sulfate de quinine.

31 juillet. — La diarrhée persiste, la céphalalgie a diminué ; la stupeur est moins prononcée. Les signes de congestion pulmonaire s'accentuent ; la respiration est gênée.

Les jours suivants, l'état du malade reste à peu près stationnaire.

5 août. — Outre les signes de bronchite généralisée, il existe, du côté gauche, une congestion des plus intenses qui nécessite l'application d'un vésicatoire.

7 août. — Les principaux symptômes de la fièvre typhoïde se sont amendés, l'état général est notablement amélioré, mais les symptômes de la congestion persistent malgré l'application du vésicatoire. La respiration est rude, légèrement bronchique, l'expiration prolongée ; râles sonores et sous-crépitants, toux, crachats muqueux non striés de sang.

9 août. — La dyspnée devient de plus en plus intense, le malade tousse et crache beaucoup. A l'auscultation, râles sibilants et sous-muqueux très fins.

10 août. — Le malade ne peut plus respirer. T., 40°2. Il meurt à 10 h. 1/2 du matin.

L'autopsie révèle les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde. Le poumon gauche présente une coloration rouge violacée et laisse s'écouler à la coupe une

grande quantité de sang et de pus. La crépitation paraît notablement diminuée, mais toutes les parties de l'organe surnagent. Les dernières ramifications bronchiques, ainsi que les alvéoles pulmonaires, sont remplies par un mucus fort adhérent.

Observation VII

Fièvre typhoïde à forme thoracique ; Mort par asphyxie lente ; Autopsie.

Hurnel, deuxième soldat au 4e zouaves, vingt et un ans, entre à l'hôpital le 12 décembre 1879, malade depuis six jours. A son entrée, il présente les symptômes suivants : grand mal de tête, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite. Langue sèche, recouverte d'un enduit brunâtre; fort engouement thoracique. Prescription : bouillon, eau de sedlitz, ventouses sèches sur le thorax, fomentations émollientes, potion avec kermès et acétate d'ammoniaque. T. 40°3, pouls fréquent mais plein et irrégulier.

On applique ensuite des vésicatoires en arrière. Plus tard, le 18, survient du tympanisme. Collodion sur le ventre, expectoration très difficile de crachats muco-purulents épais et adhérents au fond du vase. Langue sèche, fuligineuse, saignant facilement, quelques épistaxis. Engouement thoracique persistant malgré le traitement employé. Abaissement progressif et considérable de la température. Asphyxie lente, petitesse et disparition du pouls. Mort le 24, à 11 heures 1/2 du matin.

Variations de la Température.

	Matin	Soir		Matin	Soir
Décembre 12	40°	40°2	Décembre 19	39°	40°2
— 13	40	40 2	— 20	39 6	40
— 14	39	39 2	— 21	39 4	40
— 15	39	39 3	— 22	39 5	38 2
— 16	39	40	— 23	39	39 2
— 17	39	40	— 24	38	»
— 18	39 5	40			

Autopsie faite le 26 décembre.

Abdomen. — Pas d'épanchement dans la cavité péritonéale; hypertrophie et saillie des follicules clos de l'intestin; pas d'ulcération sur le pourtour de la valvule iléo-cæcale. A partir de cette valvule jusqu'à 50 centimètres environ, la muqueuse intestinale présente une forte inflammation des follicules clos et des plaques de Peyer, avec ulcérations d'une douzaine de points, ulcérations variant de deux millimètres à un centimètre de diamètre. Il y a encore cinq à six autres plaques de Peyer, éparses dans l'iléon. Les ganglions mésentériques sont énormes, surtout ceux qui siègent au niveau de la valvule, ce qui s'explique facilement, puisque les ulcérations n'ont guère respecté que le feuillet péritonéal. Foie pesant 2 kilos, fortement congestionné, rate dure pesant 450 grammes. Reins congestionnés.

Poitrine. — Epanchement dans le péricarde, de la valeur d'un verre à boire, d'un liquide citrin, clair. Muscle cardiaque légèrement graisseux. Caillot fibrineux, jaunâtre, résistant, de forme ovoïde et de la grosseur d'une petite noix dans l'oreillette droite. Plaques laiteuses, dures, saillantes dans la crosse de l'aorte et au pourtour des valvules aortiques. Pas d'insuffisance ni de rétrecissement. Plèvre droite saine, adhérences fibreuses anciennes de deux feuillets de la plèvre gauche. Poumons congestionnés dans toute leur masse, avec suffusion sanguine interstitielle dans les lobes inférieurs.

Observation VIII

Fièvre typhoïde avec complication thoracique persistante entravant l'évolution de la maladie et retardant la convalescence ; mort par asphyxie ; autopsie.

Tartière, deuxième soldat au 4e zouaves, vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 10 décembre 1879. Malade depuis huit jours. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde avec complications thoraciques.

L'affection poursuit son cours sans accidents et revêt la forme adynamique. Mais le malade est en proie à une oppression considérable et à une toux fatigante ; expectoration muco-purulente, mais très difficile ; la poitrine est remplie de râles muqueux et ronflants.

La convalescence est entravée par ces complications thoraciques persistantes. La dyspnée augmente ; le malade, réduit au dernier état de marasme, étouffe et est menacé d'asphyxie. Accélération des mouvements respiratoires. Pouls très petit et très fréquent. 140 pulsations.

Le malade meurt le 16 janvier, à cinq heures du soir, après une longue agonie.

Variations de la Température

	Matin	Soir		Matin	Soir
Janvier 1er.....	38°4	39°6	Janvier 1er.....	36°8	38°4
— 2.....	38	39 6	— 9.....	36 8	39
— 3.....	37 9	38 6	— 10.....	37 6	38 6
— 4.....	37 6	38 8	— 11.....	38	38 5
— 5.....	37 8	39 6	— 12.....	38 4	39
— 6.....	38 4	39 5	— 13.....	37 8	38 6
— 7.....	38	39 8			

Autopsie faite le 13 janvier.

Abdomen. — Pas de symptômes de péritonite.

Dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale, l'intestin présente les plaques de Peyer encore tuméfiées et gonflées, mais de couleur blanc-grisâtre et indiquant un travail de réparation.

Ces lésions ne sont guère visibles que sur une étendue de 5 ou 6 centimètres. Quelques-unes offrent des ulcérations à fond noirâtre, à bords taillés à pic; sur l'une d'elles, il ne reste intacte que la couche fibreuse péritonéale.

Muqueuse du gros intestin très congestionnée. Hypertrophie des ganglions mésentériques. Reins non hypertrophiés, présentant à leur surface une vingtaine de petits tubercules de la grandeur d'un grain de millet, à contenu central caséeux et entouré d'une zone hémorrhagique.

Rate pesant 450 grammes, non ramollie. Foie gras, muscade pesant 2 kilog. Adhérences fibreuses et anciennes dans la cavité pleurale droite. Poumons très engoués et présentant un commencement d'hépatisation. Bronches remplies de pus.

Epanchement de sérosité dans le péricarde. Cœur graisseux, flasque. Caillots fibrineux, blanc-jaunâtre, résistants et très adhérents dans le cœur droit. Signes d'endocardites à la naissance de l'aorte.

Observation IX

Fièvre typhoïde avec complication thoracique précoce; mort par asphyxie lente; autopsie.

Guillaume, vingt-trois ans, sergent à la 19e section d'état-major, entré à l'hôpital le 30 novembre 1879. Se disant malade depuis trois jours. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde avec complications thoraciques.

L'affection poursuit régulièrement son cours sans autre accident que l'oppression persistante et progressive que présente le malade, avec toux fatigante, expectoration difficile et muco-purulente, et qui persiste pendant la convalescence. Pouls rapide, misérable et irrégulier; accélération de la respiration, râle trachéal. Symptômes évidents d'asphyxie lente et état de marasme avec refroidissement des extrémités et affaiblissement considérable.

La mort, prévue plusieurs jours à l'avance et précédée d'une longue agonie, arrive le 18 janvier 1880, à neuf heures du matin.

Autopsie faite le 19 janvier.

Abdomen. — Epanchement de liquide jaune citron, de la valeur d'un demi-litre, dans la cavité péritonéale.

Hyperhémie de la muqueuse du gros intestin. Dans l'intestin grêle, plaques de Peyer au nombre de sept à huit, hypertrophiées, à aspect gaufré, dont deux ou trois présentent des îlots blanchâtres de tissu cicatriciel.

Foie gras, muscade pesant 2 kilog.

Poitrine. — Epanchement séreux, de la valeur d'un verre à boire, dans le péricarde.

Cœur gras, volumineux, avec caillots fibrineux résistants et adhérents dans les cavités, mais particulièrement dans le cœur droit; le dernier caillot se continue depuis la veine cave inférieure jusque dans l'artère pulmonaire. Il y a même des caillots fibrineux jusque dans les veines iliaques primitives. Rien dans la veine cave supérieure. Demi-litre de sérosité dans la cavité pleurale gauche.

Poumons fortement engoués et présentant même sur plusieurs points des signes d'hépatisation grise; bronches remplies de pus.

Les trois dernières observations que nous venons de citer sont tirées d'un Mémoire de M. le Dr Marvaud, publié dans les *Archives générales de Médecine* de 1880. Elles montrent

comment la mort arrive par asphyxie dans les cas de bronchite typhoïde intense accompagnée de congestion.

Nous avons dit, dans le courant de ce chapitre, que la mort arrivait aussi par le fait des concrétions fibrineuses se formant dans le ventricule droit du cœur, concrétions qui devenaient parfois le point de départ d'embolies de l'artère pulmonaire. Dans ce cas, le tableau de la mort est celui de la syncope. Nous reproduisons ici quatre observations empruntées encore au même auteur :

Observation X

Fièvre typhoïde avec complication thoracique ; mort subite ; autopsie.

Siegwarth Georges, deuxième soldat appartenant au contingent algérien, arrivé à Alger depuis deux mois, entre à l'hôpital du Dey, le 31 décembre 1879, après avoir été traité à l'infirmerie depuis huit jours ; son billet porte le diagnostic : *bronchite aiguë*.

A son entrée, le malade présente les symptômes suivants : céphalalgie violente, insomnie, congestion des deux poumons et râles muqueux disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. Toux sèche, fatigante et dyspnée, langue chargée, inappétence, un peu de diarrhée, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de ballonnement du ventre. T. 39°6.

Prescription : 2 grammes de poudre d'ipéca qui amènent une évacuation abondante.

1er novembre. — Apparition sur le ventre et la poitrine de taches rosées lenticulaires, fièvre violente à caractère rémittent et exacerbations vespérales.

Langue sèche et fuligineuse, prostration, insomnie persis-

tante, mais pas de délire; accélération de la respiration, oppression considérable.

Pouls petit et fréquent, 112 pulsations; persistance des râles muqueux et ronflants dans la poitrine.

Application de douze ventouses scarifiées dans le dos, potion kermétisée.

Sauf les accidents thoraciques, le malade ne présentait aucun symptôme grave, quand il meurt subitement, le 7 novembre, à deux heures du matin, en se relevant sur son lit pour boire de la tisane. On ne put savoir si la mort fut précédée de convulsions.

Variations de la température.

	Matin	Soir		Matin	Soir
Octobre 31.....	»	39°8	Novemb. 4.....	39°	39°7
Novemb. 1er.....	38 2	39 6	— 5.....	38 2	39 2
— 2.....	38	39 6	— 6.....	38	40
— 3,.....	39	40			

Autopsie faite le 8 novembre.

Abdomen. — Léger épanchement de sérosité dans le petit bassin. Estomac sain, rien dans les première et deuxième portions de l'intestin; dans l'iléon, une dizaine de plaques de Peyer légèrement tuméfiées; deux de ces plaques présentent des ulcérations recouvertes d'un enduit jaunâtre. Il existe sept ou huit autres ulcérations de la grosseur d'une lentille, affectant certains follicules clos. Le pourtour de la valvule offre une tuméfaction considérable de la muqueuse sur les deux faces. La muqueuse du gros intestin présente une vingtaine de petites ulcérations. Les ganglions mésentériques sont énormes et fortement injectés. Les reins sont presque doublés de volume, gorgés de sang et friables. La rate pèse 1,100 gr., le foie pèse 1,900 gr.

Poitrine. — Rien dans les plèvres ni le péricarde : cœur légèrement graisseux, caillot fibrineux très résistant dans

le ventricule droit. La surface de l'endocarde est saine, il n'y a pas d'altération aux orifices cardiaques.

Poumons fortement engoués avec commencement d'hépatisation surtout du sommet droit.

Observation XI

Fièvre typhoïde avec bronchite et congestion pulmonaire; mort subite; autopsie.

Chédeville, deuxième soldat au 4e régiment de zouaves, entre à l'hôpital le 31 octobre, étant malade depuis huit jours. On porte, le premier jour de son entrée, le diagnostic de fièvre rémittente. Le malade tousse, mais le 2 novembre, l'apparition de taches rosées, l'état fuligineux de la langue et la prostration du malade font changer le diagnostic pour celui de fièvre typhoïde. Il survient de l'engouement thoracique le 4 (ventouses scarifiées et sèches à la base des deux poumons). Epistaxis abondant le 5. Le sulfate de quinine n'amenant aucune amélioration est supprimé. Délire le 8. Les extrémités supérieures sont sensiblement refroidies. Le cœur bat avec faiblesse et le pouls est petit est dichrote. Le malade meurt subitement le 10, à trois heures du soir, en venant d'aller à la garde-robe. On n'a pas constaté de convulsions avant la mort.

Variations de la température.

	Matin	Soir		Matin	Soir
Novembre 1er.....	38°5	39°4	Novembre 6.....	38°4	40
— 2.....	38 6	39 8	— 7.....	38 8	39 4
— 3.....	39 4	39 8	— 8.....	39 2	39 8
— 4.....	38 8	40 6	— 9.....	38 6	39 4
— 5.....	39 5	40 2	— 10.....	39 2	39 8

Autopsie faite le 14 novembre.

Abdomen. — Ganglions mésentériques très hipertrophiés, surtout ceux qui sont voisins de la valvule iléo-cæcale. L'un d'eux offre la grosseur d'une noix. Dans l'iléon on note une vingtaine de plaques de Peyer hypertrophiées rugueuses au toucher, mais sans aucune ulcération. La face exacte de la valvule offre une forte hypertrophie de la muqueuse, mais également sans ulcération. La muqueuse du côlon ascendant est enflammée avec piqueté noirâtre : foie volumineux pesant 750 grammes, gorgé de sang ; rate volumineuse pesant 420 grammes. Reins volumineux congestionnés.

Poitrine. — Léger épanchement de sérosité dans le péricarde. Le tissu cardiaque est blanchâtre et se déchire facilement sous le doigt. Les orifices et les valvules sont sains, On trouve un caillot fibrineux consistant et adhérent dans le ventricule droit. Plèvres saines, poumons gorgés de sang avec engouement de la base, et commencement d'hépatisation au sommet droit.

Observation XII

Fièvre typhoïde avec bronchite capillaire ; mort subite; autopsie.

Guilbaud, vingt et un ans, quatrième escadron du train des équipages , entre à l'hôpital du Bey le 11 janvier 1880, se disant malade depuis six jours ; se plaint de bronchite avec fièvre. Du reste, tel est le diagnostic qui figure sur le billet d'entrée.

Oppression considérable, toux fréquente, expectoration difficile, rales muqueux très abondants et disséminés dans toute la poitrine. Fièvre violente ; P. 40°7 ; P. 116, abattement

et insomnie la nuit. Pas de diarrhée ni de météorisme du ventre. Quelques taches rosées lenticulaires apparaissent sur le ventre deux jours après, et l'on constate un peu de ballonnement de l'abdomen. L'étude de la marche de la température fait diagnostiquer une fièvre typhoïde avec complications thoraciques.

Le 20, épistaxis peu abondandante.

Le 26, le malade est pris de délire, surtout marqué la nuit. Toux fréquente et fatigante; expectoration difficile de crachats muco-purulents mélangés de sang, très visqueux et adhérents au fond du vase, vomissements bilieux.

Application d'un vésicatoire en arrière et à droite de la poitrine. Le poumon droit paraît présenter un engouement porté au plus haut degré.

3 février. — L'oppression augmente, le délire persiste, plusieurs vomissements bilieux, agitation et oppression considérable.

A partir du 9 février, ces symptômes augmentent encore de gravité, et cette oppression coïncide avec un abaissement assez considérable de la chaleur fébrile et une température hyponormale (35°6 le 13).

Dans la nuit du 13 au 14, le malade meurt subitement.

Variations de la température.

	Matin	Soir		Matin	Soir
Janvier 11.....	»	40°7	Janvier 28.....	39 3	38 7
— 12.....	39 5	40 4	— 29.....	38	38 4
— 13.....	40 4	40 8	— 30.....	38 8	38
— 14.....	40 2	41 2	— 31.....	38 3	38 9
— 15.....	39 2	40 2	Février 1er.....	38 6	39 5
— 16.....	39 8	40 1	— 2.....	37 6	38 3
— 17.....	40 6	40 4	— 3.....	38	40 2
— 18.....	40 7	41 2	— 4.....	37 8	30 6
— 19.....	39°6	40°7	— 5.....	39 4	39 5
— 20.....	39 6	40 9	— 6.....	39 2	40
— 21.....	40 5	40 8	— 7.....	38 2	38 8
— 22.....	40	39 8	— 8.....	38 2	38 8
— 23.....	39 5	41 1	— 9.....	37 6	40 4
— 24.....	40	40 2	— 10.....	38 4	39 4
— 25.....	40 2	39 8	— 11.....	36 6	38 2
— 26.....	39 2	39 8	— 12.....	36 5	36 8
— 27.....	40 4	39 2	— 13.....	35 7	»

Autopsie faite le 18 février.

Abdomen. — Rien dans le péritoine, ni le gros intestin ; dans l'intestin grêle. les plaques de Peyer présentent presque toutes l'aspect d'une barbe récemment faite. Nombreuses traces cicatricielles d'ulcérations dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale. Engorgement et hypertrophie des ganglions mésentériques.

Foie congestionné, pesant 1,700 grammes ; reins congestionnés ; râte petite, présentant une couleur rouge foncé.

Poitrine. — Rien dans le péricarde ; substance cardiaque, flasque et pâle ; on trouve dans le cœur droit un caillot fibrineux résistant, de formation probablement ancienne, tapissant la moitié de l'oreillette, se prolongeant dans le ventricule droit, où il recouvre une grande partie de la valvule tricuspide, et s'étendant jusque dans l'artère pulmonaire.

Ce caillot, qui offre une épaisseur de 3 à 5 millimètres, et qui n'a guère que 3 centimètres de long dans l'oreillette, présente un amincissement au niveau de la valvule tricuspide, et s'étale dans le ventricule, où il offre plusieurs ramifications.

Dans le ventricule gauche, on rencontre également, au niveau de la valvule mitrale, deux caillots fibrineux, très résistants et très adhérents, d'une largeur de 2 centimètres et d'une épaisseur de 2 millimètres.

Pas d'embolie dans l'aorte ni dans l'artère pulmonaire.

Les poumons présentent, à leur surface, une teinte rose claire avec emphysème sous-pleural. Ils surnagent dans l'eau ; à la coupe, ils paraissent très fortement congestionnés ; leur couleur est lie de vin ; quand on les exprime, ils fournissent beaucoup de sang spumeux et foncé.

Les petites bronches sont remplies d'un liquide purulent très consistant. Les gauglions bronchiques sont très volumineux, noirâtres ; quelques-uns offrent des concrétions calcaires.

Méninges et encéphale congestionnés.

Observation XIII

Fièvre typhoïde avec bronchite capillaire et congestion pulmonaire ; Mort subite ; Autopsie.

Alibert, 2e soldat au 4e zouaves, malade depuis quinze jours, entre à l'hôpital le 27 octobre 1879.

Présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme adynamique et avec complications thoraciques. Engouement des deux poumons ; râles muqueux et abondants dans la poitrine, dès les premiers jours du traitement de ce malade à l'hôpital. Expectoration difficile ; crachats muco-purulents, adhérents au fond du vase, oppression et dyspnée. Pas de désordre bien accentué du côté du tube digestif et de l'appareil cérébro-spinal. Elévation peu considérable de la température axillaire.

Le malade meurt subitement le 24 janvier 1880, à 7 heures du matin, en voulant se lever pour aller à la garde-robe.

Autopsie faite le 26 janvier.

Abdomen. — Signes de péritonite généralisée. Epanchement de liquide séro-purulent de la valeur d'un demi-litre dans la cavité péritonéale. Fausses membranes jaunâtres, molles, adhérentes, de formation récente dans le petit bassin ; vascularisation considérable des feuillets du péritoine.

Perforation de l'intestin grêle siégeant dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale, mesurant à l'intérieur la surface d'une pièce de cinquante centimes. Pas d'épanchement de matières fécales dans le péritoine.

Une vingtaine d'ulcérations intestinales sur les plaques

de Peyer, réparties sur toute la longueur de l'iléon. Leur diamètre varie de 3 à 15 millimètres. Pas d'altération des follicules clos.

Muqueuse du gros intestin fortement congestionnée ; jauglions mésentériques hypertrophiés.

Rate très petite, dure, de couleur rouge foncé, pesant 40 gr.

Foie gras, muscade pesant 1,700 gr.

Reins hypertrophiés.

Cœur graisseux à tissu flasque et décoloré. Le cœur gauche renferme un peu de sang parfaitement fluide ; caillots fibrineux sanguins, jaunâtres résistants et adhérents dans les deux cavités du cœur droit, pas de lésions de l'endocarde ni des valvules.

Poumons engoués dans toute leur masse, mais sans hépatisation. Les petites bronches sont remplies de mucopus.

Chez les malades qui font l'objet des quatre dernières observations, la mort est arrivée par syncope avec une soudaineté remarquable et sans qu'elle ait pu être prévue par l'apparition de certains phénomènes prémonitoires. La syncope a été déterminée par la présence de concrétions sanguines dans les cavités droites du cœur qui, très probablement, se sont opposées au fonctionnement des vulvules.

De ce chapitre, il ressort que la forme thoracique de la fièvre typhoïde, caractérisée par la bronchite capillaire accompagnée d'engouement pulmonaire, est d'un pronostic excessivement grave.

CINQUIÈME PARTIE

Traitement.

La bronchite simple ne nécessite habituellement aucune intervention, puisqu'il arrive fréquemment qu'elle guérit toute seule; le rôle du médecin doit se borner à en surveiller l'évolution. Mais lorsque l'inflammation se propage aux petites bronches, lorsque la congestion, prenant un développement considérable, on voit apparaître les symptômes d'une asphyxie pulmonaire, le danger devient, par le fait, très réel; il faut intervenir promptement, et c'est ici qu'une intervention maladroite peut entraîner de déplorables conséquences.

L'indication thérapeutique, en semblable situation, est d'arriver à dégager le poumon du sang qui y afflue et y séjourne, et de rendre à cet organe, trop passif pour chasser les liquides qui l'obstruent, l'élasticité qu'il a perdue et qui est nécessaire à l'intégrité de ses fonctions. Les émissions

sanguines, souvent tentées en pareille occurrence, enlèvent bien au tissu pulmonaire une part du sang veineux qui allait l'aborder, mais elles ne sauraient, d'un côté, être poussées bien loin sans inconvénient pour l'état général chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, toujours sous le coup d'une tendance adynamique, et d'un autre côté, en retirant aux malades une partie de leurs forces, ces émissions sanguines augmentent la passivité pulmonaire. Ces considérations tendent à nous faire abandonner, dans cette occasion, l'usage des émissions sanguines, mêmes locales, ne perdant pas de vue que le malade est appelé à faire les frais d'une lutte parfois terrible, toujours fort longue; c'est donc à ménager ses forces que l'on doit s'attacher avant tout.

Les vésicatoires pourront rendre de réels services, mais que l'on se garde bien d'en abuser ou de les prescrire sans indication formelle. La tendance à la gangrène dans la fièvre typhoïde est un fait bien connu; or, la plaie ordinairement si bénigne du vésicatoire peut-être le point de départ d'accidents très sérieux tels que eschare, érysipèle. Dans tous les cas il n'est pas rare de voir le derme dénudé s'ulcérer plus ou moins profondément, et produire ainsi une suppuration prolongée de nature à augmenter l'épuisement, outre qu'elle constitue une cause permanente de douleur pour le malheureux patient.

Sous le bénéfice de ces réserves, il faut reconnaître que les vésicatoires sont parfois indiqués, et que le malade peut en retirer de sérieux avantages.

On a cherché encore à remplir l'indication, en dégageant d'une part les bronches de leurs mucosités, et en réveillant l'élasticité pulmonaire à l'aide de vomitifs, en même temps que les préparations toniques et celles de quinquina en première ligne, aidaient à soutenir l'effet obtenu à l'aide des secousses produites par le vomissement.

Cette conduite nous paraît raisonnable, assurément,

mais il est un moyen plus fréquemment indiqué et d'une innocuité incontestable : nous voulons parler des ventouses sèches, appliquées en grand nombre sur le thorax et les membres inférieurs, suivant les règles établies par le professeur Béhier. Appliquées au nombre de 60, 80 et même 100, deux fois par jour, les ventouses sèches, en attirant le sang vers les parties inférieures, diminuent l'hyperhémie pulmonaire et font quelquefois disparaître très rapidement les accidents qui en sont la conséquence. Cette régularité apportée dans la distribution vicieuse du sang, en atténuant la pression sanguine intra-pulmonaire, a encore pour effet de prévenir et de combattre l'œdème. Il faut bien savoir d'ailleurs, et le professeur Jaccoud insiste sur ce point, qu'on ne peut attendre de résultats sérieux qu'autant que les ventouses seront appliquées en très grand nombre, matin et soir, aussi longtemps que subsisteront les troubles de l'hématose. Cette application du soir est nécessaire pour s'opposer au retour de la congestion, détournée un moment par la dérivation déjà exercée le matin, et ce n'est pas trop de cette ténacité d'action contre une disposition aussi tenace.

Le professeur Béhier écrit à ce propos (1) :

« Frappé de l'insuffisance des moyens thérapeutiques dans le traitement de la bronchite typhoïde, j'ai cherché à leur venir en aide, et en considérant la mobilité des congestions cutanées, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, convaincu de la nature, surtout congestive, des désordres pulmonaires, je me suis efforcé de trouver un moyen de dégorger le poumon, qui ne fût pas emprunté à la thérapeutique spoliatrice, et qui fût un simple moyen de déplacement.

« J'avais tout d'abord pensé à la ventouse Junod ; mais, outre qu'il n'est jamais facile de se la procurer promptement dans les hôpitaux, elle a l'inconvénient d'amener

(1) Béhier, *Archives générales de médecine*, 1873.

facilement des syncopes, accident qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses chez les malades du genre de ceux qu'il s'agit de traiter. C'est alors que j'ai tenté l'application de ventouses sèches, apposées en nombre considérable sur la poitrine et surtout sur les membres inférieurs. Sous l'influence de ces ventouses, on observe de très larges ecchymoses qui se forment sur les membres, aux lieux où les verres sont apposés. Ces ecchymoses persistent pendant un temps plus ou moins long, et jamais je ne les ai vues suivies d'un accident quel qu'il fût, bien que chez certains malades, le nombre des ventouses ait été de plus de 500 en dix jours. Jamais de gangrène, jamais de suppuration, contre la présence desquelles je me suis tenu en garde, surtout dans les premiers emplois de ce moyen, dont l'application première remonte déjà à deux années, car j'ai voulu attendre pendant quelque temps et multiplier les expériences avant d'en faire la publication. »

Ce mode de traitement, qui a obtenu tant de succès entre les mains de Béhier, et que ce savant professeur a préconisé dans les lignes que nous venons de reproduire, est-il à l'abri de tout reproche? Nous ne le croyons pas. N'y a-t-il pas à craindre, en effet, que l'afflux mécanique du sang vers les membres inférieurs, ne favorise les accidents de l'anémie cérébrale auxquels les typhoïsants sont si puissamment prédisposés? C'est là, croyons-nous, une crainte bien légitime ; aussi, pour atténuer autant que possible cet inconvénient, peut-être vaudrait-il mieux multiplier les applications, en restreignant le nombre des ventouses. Peut-être enfin, l'application d'un certain nombre de ventouses sur le haut du tronc et sur les membres supérieurs, pourrait-elle contribuer à modérer la déperdition subie par l'encéphale, sans entraver le mouvements poliateur que l'on recherche.

Ce mode de traitement s'adresse plus particulièrement à l'élément mécanique; mais ce que nous avons dit précé-

demment de la nature des mouvements congestifs, prouve qu'il doit trouver fréquemment son application. D'ailleurs, et ceci a trait indistinctement aux divers accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde, l'indication ne saurait reposer uniquement sur l'état local, sur les signes physiques. Il y a disproportion fréquente entre l'état local et l'état général, entre les signes physiques et les signes fonctionnels. Une lésion bénigne peut amener une réaction considérable, une autre plus grave ne se traduire que par quelques signes fonctionnels presque insignifiants.

On a vu, d'autre part, des lésions très sérieuses s'amender rapidement, disparaître même brusquement, sous l'influence d'une poussée congestive vers la peau ou de toute autre cause. Aussi, quel que soit l'état local, on doit surtout se préoccuper de l'état général, du mode de réagir de l'individu. Tant que le sujet respire bien, que l'on ne se hâte pas trop d'aller contre une lésion qui pourra se déplacer ou disparaître spontanément, et qui, dans tous les cas, ne menace pas directement l'existence. Par contre, si la respiration est embarrassée, irrégulière, fréquente, il faut intervenir rapidement.

La bronchite qui, après avoir parcouru les diverses phases de la maladie se prolonge pendant la convalescence, nécessite le même traitement que la bronchite chronique idiopathique. Nous n'avons pas à y insister.

Nous rapporterons ici plusieurs observations de bronchite typhoïde cédant très rapidement à l'emploi de ventouses sèches.

Observation XIV

Fièvre typhoïde à forme thoracique ; vomitif ; soixante ventouses sèches ; guérison.

Nikley Pierre, vingt-deux ans, soldat, entre à l'hôpital militaire de Toulon le 20 mai 1885, se disant malade depuis huit jours. L'affection a débuté lentement : le malade a souffert de la tête, ses forces ont diminué, il a eu un peu de diarrhée dès le début et un peu de toux : gêne de la respiration depuis quelques jours. Il n'a fait aucun traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 21 mai, 104 pulsations, pouls petit, assez dur ; peau chaude, face colorée, pommettes et lèvres violacées ; yeux saillants, humides ; gêne extrême de la respiration ; sonorité normale de la poitrine ; râles muqueux et sonores, très abondants des deux côtés, surtout à la base en arrière ; langue un peu collante, perte d'appétit, ventre un peu développé, gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de diarrhée, quelques taches rosées lenticulaires disséminées sur le ventre et sur la base du thorax ; pesanteur de tête, insomnie, grande faiblesse musculaire. 1 gramme de poudre d'ipéca.

22 mai. — A beaucoup vomi ; deux selles ; 112 pulsations ; toux fréquente, gêne extrême de la respiration ; sonorité moins bonne sans matité réelle, crachats blancs, muqueux, mêmes râles dans toute l'étendue de la poitrine ; le malade respire mieux ; 1 gramme d'ipéca ; vingt ventouses sur le thorax.

23 mai. — Vomissements abondants de matières muqueuses incolores. L'oppression a beaucoup diminué après l'application des ventouses ; la céphalalgie a diminué ; le ventre est souple, la peau fraîche ; il a un peu d'appétit ; 110 pulsa-

tions, pouls petit et dur; un gramme d'extrait de quinquina; vingt ventouses sèches.

24 mai. — Sonorité parfaite de la poitrine, encore quelques râles en arrière à la base; pouls petit; assez développé. vingt ventouses; potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina,

25 mai. — A partir de ce moment, le malade va bien; l'appétit est revenu, la peau et les muqueuses perdent leur coloration violacée; la respiration est naturelle, le ventre est souple, indolent; plus de céphalalgie. Le 3 juin, le malade mange deux portions.

Cette observation offre tout à la fois un exemple de la prédominance des accidents thoraciques et de l'effet rapide des ventouses sèches appliquées sur la poitrine et sur le dos. La forme thoracique était si bien l'élément dominant, qu'une fois cet ordre d'accidents apaisé, la convalescence s'est très promptement établie.

Observation XV

Fièvre typhoïde avec bronchite et congestion pulmonaire; ventouses sèches; guérison.

Marie Lafitte, dix-huit ans, domestique, entre à l'hôpital le 27 mai 1886, salle 5, service de M. le professeur Vergely. Elle se plaint de violents maux de tête, de fièvre, de diarrhée, de vives douleurs abdominales, plus accusées du côté de la fosse iliaque droite.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans pour la première fois, elle l'a été très irrégulièrement depuis. La malade dit avoir toujours souffert de la poitrine; parfois elle avait de la gêne respiratoire, de la fièvre et des douleurs

dans les jambes tellement violentes, qu'elle était obligée de se coucher. Au mois de juin 1885, les phénomènes de dyspnée s'accentuèrent, la malade eut une fièvre assez intense, de violents maux de tête et une diarrhée qui dura depuis le mois de juin jusqu'à la fin d'août. L'hiver dernier s'est passé néanmoins dans de bonnes conditions.

Les règles avaient disparu depuis deux mois, lorsqu'elles apparurent subitement le 21 mai 1886. Dans cet état, la malade se mit à laver un appartement : le soir, elle ressentit une fièvre intense accompagnée de violents maux de tête et d'épistaxis. Dans la même nuit, phénomènes diarrhéiques très intenses ; les règles s'arrêtent tout d'un coup.

28 mai. — Facies pâle et abattu ; la peau de tout le corps est chaude et couverte d'une sueur abondante fétide. Une tache rosée lenticulaire sur l'abdomen. Toux, dyspnée. Rien à la percussion. En arrière, râles sibilants ; en avant, sonorité normale, la respiration s'entend partout. T. 39°2 — 40°2. P. 92. Anorexie complète, nausées et selles.

30 mai. — La malade tousse. Dyspnée. Mêmes signes à l'auscultation. T. 39°5 — 40°2. P. 90.

1er juin. — La malade est couverte de sueurs, paraît très accablée. Toux. Dyspnée. Râles sibilants et sous-crépitants. Quatre taches rosées sur l'abdomen. Le foie déborde le rebord des fausses côtes et donne 10 centimètres de matité à la percussion. Rate 8 centimètres de matité. T. 40° — 41°. 1 gramme d'ipéca. Vingt ventouses sèches dans le dos.

2 juin. — Même état dans la poitrine. Dans la nuit, la malade a ressenti de violents maux de tête et de fortes douleurs dans le ventre. La région abdominale, très résistante, est très douloureuse à la pression. La diarrhée persiste. Le nombre des taches rosées a considérablement augmenté. T. 40°2. P. 120. Lavement froid avec acide phénique 0,50 cent. Vingt ventouses sèches dans le dos.

3 juin. — Diarrhée. La dyspnée a diminué d'intensité. T. 39°2. P. 94.

4 juin. — Le ventre est toujours très douloureux. La diarrhée continue, mais la dyspnée a presque entièrement

disparu. On constate encore néamoins quelques râles sibilants en arrière de la poitrine. T. 39°4. P. 128.

5 juin. — La malade a toussé dans la nuit, elle respire néanmoins assez librement. Insomnie à peu près complète. T. 39°6.

6 juin. — La malade est très accablée, tousse encore; le ventre est de plus en plus douloureux et résistant à la pression. La diarrhée noirâtre continue avec la même intensité. Lavement froid. Potion avec salycilate de bismuth, 4 grammes. T. 39°, avec forte rémission matinale. P. 100°.

7, 8 juin. — La malade tousse très peu, respire librement. T. 37°4 — 39°2. P. 112°.

9 juin. — La malade se sent soulagée du côté de la poitrine. T. 38° — 38°6. P. 90.

10 juin. — La malade ne tousse plus; les phénomènes abdominaux ne se sont pas encore complètement amendés.

Chez cette malade, comme on le voit, l'amélioration fut tranchée au moment où les ventouses furent appliquées. L'emploi de ce moyen n'a paru avoir aucun effet sur les phénomènes intestinaux qui ont continué pendant plusieurs jours après la terminaison favorable des accidents thoraciques.

Observation XVI

(Communiquée par M. Laville, ancien interne des hôpitaux.)

Fièvre typhoïde avec bronchite et congestion pulmonaire double; guérison.

Martin, vingt-trois ans, cultivateur, entre le 26 septembre 1883, salle 13. Complexion médiocre, constitution moyenne,

tempérament nerveux. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

Huit jours avant son entrée, diarrhée, inappétence.

24 septembre. — Frissons réitérés suivis de chaleurs, puis de sueurs. — Malaise, céphalalgie.

25 septembre. — Diarrhée abondante avec colique; céphalalgie.

26 septembre. — Décubitus dorsal avec céphalalgie. Vertige dans la position assise. Pas de délire, réponses nettes. Peau sèche, pouls fréquent. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, douleur à gauche; diarrhée. Langue sèche, rouge à la pointe et sur les bords. Fuliginosités sur les gencives. Pas d'épistaxis. Toux, râles sibilants et ronflants généralisés. T. soir., 40°2; P. 104.

27 septembre. — A peu dormi. T. 40°; P. 90. Affusion d'eau froide, d'eau vinaigrée.

28 septembre. — Congestion pulmonaire plus intense à gauche. T. 40°; P. 96. Huit ventouses sèches à gauche. Eau de riz acidulée; trois taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Boutons d'acné répandus sur toute la surface du corps.

29 septembre. — Respiration gênée. Plusieurs selles. T. 39°8; P. 90. Huit ventouses sèches. Un peu d'herpès labialis.

30 septembre. — Le malade tousse beaucoup; les signes de la congestion persistent. T. 39°9 — 40°3; P. 96.

1er octobre. — Râles sous-crépitants aux bases; en arrière sibilants. Crachats sanguinolents, toux. T. 39°4 — 40°8.

2 octobre. — Râles sous-crépitants à la base gauche, dyspnée. T. 3° — 40°8; vingt ventouses sèches dans le dos.

3 octobre. — Deux selles, langue humide; dyspnée moindre; affaissement moins prononcé. T. 40°; P. 82.

4 octobre. — Muqueuse buccale un peu rouge, même état de la respiration. Le malade a craché un peu de sang. T. 39° — 39°6.

5 octobre. — Respiration plus libre, quoiqu'encore un peu gênée cependant. Quelques râles sibilants ronflants et sous

crépitants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. T. 39°6 — 40°; dix ventouses sèches dans le dos.

6 octobre. — Le malade n'accuse presque plus d'oppression; la toux a beaucoup diminué de fréquence et d'intensité. T. 38° — 40°.

7 octobre. — Respire librement. Un peu d'affaissement. Râles sous-crépitants peu nombreux.

8 octobre. — Deux selles en diarrhée. Quelques râles sous crépitants, plus de dyspnée. Looch kermétisé avec 15 centigrammes. T. 38°3 — 39°6.

9 octobre. — Infusion de lierre terrestre. Les râles diminuent. Légère épistaxis. T. 38° 2 — 39°8.

10 octobre. — Deux selles. Subdélirium. Le malade se lève pour se promener; on le remet au lit. Quelques gros râles muqueux rares. T. 38°2 — 39°5.

11 octobre, — Une selle. Les râles ont beaucoup diminué. T. 38°4 — 38°7.

12 octobre. — Apyrexie, peau moite. Le malade se sent beaucoup mieux et en manifeste son contentement. L'appétit revient, pas de diarrhée.

13 octobre. — L'amélioration s'accentue. Amélioration très légère.

Sortie vingt jours plus tard.

Observation XVII

(Extrait du *Progrès médical*, 1876. — Décandin).

Fièvre typhoïde à forme thoracique; ventouses sèches; guérison.

Le 31 janvier 1875, je suis appelé auprès d'une jeune fille âgé de dix-huit ans, domestique, demeurant à Neuilly. Les réponses de la malade sont courtes et annoncent une intelligence peu développée ou affaiblie par la maladie.

Elle est malade depuis quinze jours. Dès le début, elle a été prise de frissons, de courbature, de dévoiement; en même temps, il y avait inappétence, soif vive; toux intense sans expectoration. Ces symptômes ont toujours existé depuis. Pour tout traitement, elle a pris des lavements simples.

1er février. — Etat actuel : décubitus dorsal, faiblesse extrême; immobilité complète, mouvements impossibles, même pour boire la tisane ou pour prendre le crachoir; prostration, face vultueuse, yeux vifs et à demi-fermés; langue sèche, rude, d'un gris sale au milieu, blanche aux bords, d'un rouge vif à la pointe, lancéolée; lèvres et gencives couvertes de fuliginosités, dents de la mâchoire supérieure noires, bouche amère et pâteuse; pas de gêne pour la déglutition des liquides, quoique la mastication et la déglutition fussent pénibles au moment où elle a cessé de manger; elle a eu, dès le commencement, des nausées qui ont cessé il y a quelques jours, ventre ballonné, tympanique à la partie supérieure, mat ailleurs, gargouillements abondants; douleurs spontanées plus vives à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; cinq ou six garde-robes par jour, très liquides, jaunes, peu abondantes.

Pouls à 112, petit, pressé, régulier, peau chaude.

Respiration pénible, râles humides dans toute l'étendue de la poitrine, toux fréquente et fatigante, pas d'expectoration, diminution de sonorité, mais pas de matité réelle; sensation de chaleur partout, surdité presque complète; n'accuse pas de céphalalgie.

Somnolence continuelle, délire tranquille. Taches très nombreuses sur l'abdomen et sur toute la poitrine.

Un gramme et demi d'ipéca en trois prises, trente ventouses sèches dans le dos, extrait de quinquina : 2 gr.

Le 2, elle dit se trouver mieux, est moins oppressée ; la toux seule la fatigue ; elle a eu moins de délire, moins de somnolence, très peu de garde-robes ; pouls à 112; les râles sont à peu près les mêmes, la face est moins vultueuse. Extrait de quinquina, 2 grammes ; 30 ventouses sèches dans

le dos, dont 15 le matin et 15 le soir ; demi-lavement avec 12 gouttes de laudanum et 0, 35 centigrammes de musc.

Les ventouses d'hier ont laissé dans le dos de larges ecchymoses de la forme du verre qui a servi à les appliquer.

Le 3, un peu de toux ; le sommeil est agité, la respiration est plus facile, la toux moins fatigante et grasse, les râles diminuent notablement d'abondance, crachats muqueux peu abondants, pouls à 96, peau chaude, quelques tintements d'oreilles, éblouissements, même prescription : 30 ventouses sèches en deux fois, plus 1 gramme 20 centigrammes d'ipéca.

Le 4, elle a modérément vomi, moins de diarrhée, même soif ; langue large, sèche, rude ; toux fréquente ; râles à grosses bulles, peu abondants, s'étendant dans toute l'étendue de la poitrine, surtout à droite et en arrière ; pouls à 92, peau moins chaude, beaucoup moins d'oppression ; la malade se dit mieux. Même prescription, moins l'ipéca, 30 ventouses sèches en deux fois.

Le 5, la malade va sensiblement mieux ; pouls, 84; la peau est moins chaude, la surdité moindre; les râles diminuent, l'oppression est sensiblement améliorée ; le coma moindre, le délire n'est presque plus appréciable. 30 ventouses sèches, 2 bouillons, 2 potages; même prescription, du reste.

Le 6, l'oppression existe à peine, le mieux continue ; les râles sont peu abondants, la malade revient sensiblement à la connaissance ; la diarrhée persiste ainsi que le ballonnement ; l'état de la langue est le même, le pouls est à 80, la peau sans grande chaleur, 30 ventouses ; même lavement ; 3 grammes d'extrait de quinquina ; 2 bouillons, 2 potages.

Le 7, la respiration est libre, peu de râles, pas de toux, pas d'expectoration; état général satisfaisant ; pouls, 72. Etat intellectuel bien meilleur : commence à sourire, à parler. Supprimer les ventouses, continuer le reste de la prescription.

Le 8, il n'y a plus aucun délire, le sommeil est bon, la respiration est facile, la toux continue; il n'y a presque plus de râles dans la poitrine ; langue humide à la pointe, sèche

à la base ; diarrhée encore abondante ; pouls, 56, sans caractères spéciaux ; même prescription.

Le 10, pouls à 60 ; appétit, la malade se dit bien. La poitrine est libre, pas de diarrhée ; 2 grammes de quinquina, 2 bouillons, 2 potages.

Le 11, elle est tout à fait bien, elle commence à prendre du solide.

Le 14, très bien.

Le 15, la malade se plaint de douleurs dans l'épaule droite où on n'observe aucun gonflement ; appétit, garde-robes normales. — Vésicatoire volant sur le deltoïde.

Le 16, la douleur de l'épaule est passée, bon état du reste.

Le 19 et les jours suivants la malade est très bien.

Observation XVIII

(Extraite des *Archives générales de médecine*, 1857.)

Fièvre typhoïde avec prédominance des accidents thoraciques ; ventouses sèches ; quinquina ; guérison.

Jetté François, vingt-huit ans, fumiste, entre, le 16 octobre 1855, à l'hôpital Beaujon, salle 62.

Il y a cinq ans, il a eu, dit-il, la même maladie ; il est resté environ deux mois à la salle des fumistes de l'hôpital Beaujon ; habite Paris depuis l'âge de huit ans. Depuis une quinzaine de jours, il est resté couché dans sa chambre, sans appeler le médecin et sans rien faire ; il avait une grande diarrhée, n'a pas eu de saignements de nez. Cette période avait été précédée d'un état de faiblesse générale, et d'étourdissements passagers qui lui permettaient encore de travailler.

Le 17 octobre, 120 pulsations, pouls petit, peau chaude, coloration violacée des téguments, surtout des extrémités et de la face; lèvres violacées, narines pulvérulentes, ventre ballonné, taches rosées lenticulaires nombreuses, diarrhée assez abondante, langue couverte d'un enduit grisâtre très épais, tremblottement de la langue, difficulté de la parole; pas de céphalalgie; toux fréquente sans expectoration; râle abondant dans toute la poitrine, présentant le mélange de râles sibilants et de râles muqueux: pas de matité absolue; la sonorité est médiocre dans tout le thorax en arrière; pas de sommeil, nuit agitée. Extrait de quinquina, 0,50 centigr.; quatre ventouses scarifiées sur la poitrine.

Le 18, nuit agitée, 104 pulsations, peau chaude, sèche, langue tremblottante, ventre ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite, coloration violacée des téguments, gêne de la respiration, conjonctives injectées; même état de la poitrine à la percussion et à l'auscultation. Julep avec extrait de quinquina, 2 grammes; trente ventouses sèches sur la poitrine; deux bouillons.

Le 19, les ventouses l'ont soulagé. Langue tremblottante, toujours couverte d'un enduit épais, mais non complètement sec; narines pulvérulentes; diarrhée abondante, involontaire; agitation. La nuit, pas de sommeil. La toux est moindre, les râles thoraciques un peu moins abondants. Quinquina, vingt ventouses sèches.

Le 20, 108 pulsations, peau fraîche, respiration calme; on n'entend dans la poitrine que des râles disséminés; la cyanose de la face est moins inteuse. Quinquina; dix ventouses sèches sur la poitrine.

Le 21, a dormi la nuit, demande à manger; la langue se nettoie, le thorax est sensiblement dégagé; les râles sont plus rares, moins muqueux; dix ventouses sèches dans le dos.

Le 22, même état.

Le 23, coloration presque normale des téguments; ventre

souple, indolent; la poitrine est presque dégagée; diarrhée toujours involontaire, appétit.

Le 24 et le 25, amélioration croissante; langue nette; la respiration est normale dans toute l'étendue de la poitrine, devenue beaucoup plus sonore. Diarrhée toujours involontaire; appétit. Lavement avec laudanum et amidon.

Le 1er novembre, appétit vif; 80 pulsations; peau fraîche, bon sommeil; langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre, va encore un peu en diarrhée dans son lit; encore un peu de toux, mais sans râles perceptibles à l'oreille.

L'état intestinal se modifie graduellement, et le malade sort guéri 12 jours après environ.

Chez ce malade, comme on le voit, l'amélioration fut tranchée surtout au moment où (18 octobre) les ventouses furent appliquées en grand nombre.

Des observations que nous venons de rapporter, nous pouvons déduire que les ventouses sèches jointes au kermès et au quinquina, sont le traitement le plus rationnel de la bronchite typhoïde avec congestion pulmonaire. Ajoutons, en passant, que l'efficacité des ventouses sèches ne se borne pas là. Lorsqu'elles sont appliquées en grand nombre, elles peuvent aussi calmer le délire tranquille et dissiper assez promptement la somnolence et le coma.

L'existence de la bronchite ou d'un accident pulmonaire quelconque, est-elle une contre indication à l'emploi des bains froids? C'est là une question diversement résolue par les auteurs et à laquelle on ne saurait faire une réponse absolue. A côté de fervents adeptes, les bains froids ont leurs détracteurs non moins acharnés, et depuis le professeur Pécholier, de Montpellier, qui s'attache à dépeindre la sensation de bien-être éprouvée par les malades, jusqu'à Peter, qui rejette la méthode comme dangereuse et bar-

bare, il y a tous les intermédiaires. Peter signale des bronchites capillaires, des broncho-pneumonies, des congestions pulmonaires consécutives à l'emploi des bains froids. Le professeur Grasset a rapporté un cas où le malade, traité par la méthode de Brand rigoureusement appliquée, mourut, en 8 jours, d'une bronchite capillaire intense. Proust a rapporté deux cas analogues, et on pourrait en citer d'autres.

On a particulièrement accusé les bains froids de produire des hémoptysies, occasionnant un afflux sanguin vers le poumon, et c'est même sur quatre cas de ce genre observés par Féréol, et publiés à la Société médicale des hôpitaux, en 1876, que s'est basé Moutard-Martin pour rejeter cette méthode thérapeutique.

La discussion fut très vive, elle dura près de deux mois. Nous en rapporterons ici les différents points qui ont trait à notre sujet.

M. Féréol propose les bains froids comme le meilleur traitement de la fièvre typhoïde. Il lit, à ce propos, un mémoire important qui a pour base 153 observations faites depuis trois ans à la maison de santé.

Prenant d'abord l'ensemble de ses observations, année par année, discutant à l'occasion de chaque série de cas, la mortalité qui s'y rattache, cherchant à faire la part qui doit retomber sur la réfrigération dans la production des accidents qui se sont présentés dans quelques cas (hémoptysies, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires, etc.), exposant les indications de l'emploi des bains froids et la meilleure manière de les appliquer, M. Féréol arrive aux conclusions suivantes que nous extrayons de son mémoire, trop long pour être reproduit ici plus en détail (1).

Il faut s'abstenir des bains froids lorsque les malades ont des crachats sanguinolents et ne pas porter immédiatement

(1) Voir *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1876, t. XIII, 2e série, p. 322.

un pronostic fâcheux, lorsque l'hémoptisie se déclare au cours de la réfrigération.

Le bain froid prédispose à la pneumonie et aux congestions internes : ces complications sont rares, et il est difficile d'établir le plus souvent si elles sont uniquement imputables à la méthode, car tous ceux qui l'ont employée, ont vu des typhiques ayant des congestions pulmonaires graves guérir merveilleusement. M. Féréol est persuadé que les malades qui succombent après les bains froids, sont de ceux qui ne peuvent guérir.

S'il compare la statistique des fièvres typhoïdes pendant ces quatre dernières années, il voit que pour la première année, alors qu'il n'employait pas la méthode de Brand, il a eu une mortalité de vingt-sept pour cent, tandis que pour les trois dernières années, pendant lesquelles les bains froids ont été employés, la mortalité est tombée à dix-neuf pour cent; enfin, de ces trois dernières années, celle où il a le plus insisté sur ce mode de traitement, en 1876, la mortalité n'a été que de quinze pour cent. Sa statistique personnelle est donc en faveur de la méthode de Brand.

Là où M. Féréol reconnaît un véritable danger de cette méthode, c'est en ce qui concerne la broncho-pneumonie.

Au cours de la discussion, M. Féréol rejette l'emploi des bains tièdes proposés par M. Dujardin-Beaumetz. Les bains tièdes ont tous les inconvénients des bains froids sans en avoir les avantages ; ils prédisposent aux congestions viscérales et ne permettent pas d'obtenir un abaissement de température aussi fort qu'avec les bains froids.

En résumé, M. Féréol est un partisan assez chaud de la balnéation froide. Il a voulu d'abord l'expérimenter, et devant les résultats obtenus, moins brillants qu'il ne l'avait espéré, il a dû mettre beaucoup de réserve dans les conclusions qu'il a formulées.

D'autre part, il a été vivement impressionné par quelques succès éclatants, inespérés, par certains effets très puissants.

Cependant, il ne lui est pas démontré que les insuccès soient le fait de la méthode. Il est impossible de formuler une loi absolue dans l'administration du traitement, c'est au tact et à la conscience de chacun de décider. Autant il est exagéré et systématique de rejeter les bains froids du traitement de la fièvre typhoïde, autant il serait compromettant, pour la méthode, de dire qu'on doit baigner tous les malades dans les quatre premiers jours de la maladie. Quoiqu'il en soit, au milieu de ces circonstances délicates, il est une question que le praticien doit toujours se poser : « Que faire? » M. Féréol répond : « Je prescrirai les bains froids malgré la congestion pulmonaire, non sans crainte, peut-être, mais sans faiblesse. »

M. Raynaud adhère à ces conclusions.

M. Liebermann, d'accord avec M. Féréol sur la supériorité des bains froids, ne pense pas cependant qu'on puisse accuser les bains tièdes de favoriser les congestions et les hémorrhagies pulmonaires. Il cite à ce propos plusieurs observations.

M. Peter attaque vivement l'argumentation de M. Féréol, et rejette absolument les bains froids qu'il considère comme une méthode illusoire et dangereuse. Dans l'emploi de cette méthode, on ne s'occupe plus du malade, on n'a en vue qu'un seul symptôme, l'hyperthermie, symptôme isolé d'un état pathologique fort complexe qui constitue la fièvre typhoïde et qui atteint l'organisme tout entier. Si l'on parvient, par la réfrigération à diminuer cette hyperthermie, s'ensuit-il qu'on aura agi véritablement contre la maladie elle-même? On a fait une abstraction et voilà tout. En abaissant la température, ce n'est pas à la cause de la maladie qu'on s'adresse, mais à un effet, car c'est l'état grave qui fait l'hyperthermie, et non l'hyperthermie qui fait l'état grave.

L'hyperthermie, du reste, n'a pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer : la preuve en est à chaque pas, et pour la fièvre typhoïde, elle est établie cette preuve dans le mémoire

de M. Valin sur *la forme apyrétique ou ambulative grave de la fièvre typhoïde* (1), où l'on voit des cas de typhus ambulatorius devenir mortels sans que, pour cela, la température atteigne 39°. M. Dieulafoy a vu aussi des fièvres typhoïdes avec délire, carphologie, ataxie grave, dans laquelle la température oscillait entre 38° et 39°.

M. Peter passe en revue les résultats fournis par la réfrigération. Il montre que quelquefois on n'obtient pas ce que l'on cherche, ou que l'on dépasse le but et que les malades ont succombé avec des abaissements thermiques dont on ne pouvait plus les tirer. En outre, les hémorrhagies et les congestions pulmonaires arrivent d'autant plus facilement, que, par ce moyen, on refoule le sang de la périphérie vers les organes profonds. Il ajoute que les bains froids occasionnent des pneumonies lobaires et des syncopes mortelles, il en fournit deux exemples.

Si les bains froids sont nuisibles, les lotions froides le sont également, il rapporte l'exemple d'un typhique soumis à ce dernier genre de traitement, qui mourut de congestion pulmonaire après la quatorzième lotion.

M. Peter aborde ensuite la discussion des statistiques fournies par les partisans de la méthode de Brand. Il montre d'abord les membres de la Société médicale de Lyon tour à tour enthousiastes puis désanchantés, et par exemple M. Alix, médecin de l'hôpital militaire qui, voulant essayer la méthode, choisit trois malades n'ayant aucune trace de phlegmasie pulmonaire. Ces trois malades baignés rigoureusement selon la formule, sont pris d'hémoptysies abondantes et meurent tous trois de congestion pulmonaire.

Si on se rapporte au travail de M. Mayet publié en 1874 (2), on trouve des catégories d'observations rangées sous les titres suivants : Malades chez lesquels les accidents pulmo-

(1) Voir *Archives générales de Médecine*, 1873.
(2) Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1874.

naires ont été améliorés *malgré* les bains froids; malade chez lesquels la médication a *causé* ou *aggravé* les accidents pulmonaires; malade dont la mort est due à la *persévérance* avec laquelle on a employé les bains froids. Enfin on trouve dans ce mémoire la relation des cas, où, la suspension de l'hydrothérapie, a eu l'influence la plus favorable sur la marche des accidents pulmonaires.

M. Peter a reçu du Dr Carcassonne, de Nîmes, communication d'une statistique d'hôpital qui n'est guère engageante. Sur vingt-quatre cas de fièvre typhoïde, vingt-deux ont été traités par les bains froids; sur ces vingt-deux cas, sept furent mortels par suite des accidents pulmonaires.

M. Peter termine son argumentation, en rejetant la méthode par les bains froids comme impraticable et dangereuse, surtout quand on est en présence d'accidents pulmonaires.

M. Moutard Martin s'associe aux conclusions de M. Peter, considérant les bains froids comme la source de congestions pulmonaires et d'hémoptysies.

Pour M. Moissenet, les hémoptysies ne sont pas imputables à la maladie elle-même, mais à la méthode ; car, depuis qu'il est chef de service à l'Hôtel-Dieu, il n'a jamais observé ce genre de complication chez ses malades, en dehors des bains froids. Il propose de remplacer ces derniers par les lotions froides. Ce mode de traitement est exempt de tous les reproches que l'on fait, à juste titre, aux bains froids.

M. Dujardin-Beaumetz se montre entièrement de l'avis de M. Peter. Les bains froids, dit-il, présentent, sur les autres moyens de traitement, ce triste avantage qu'ils peuvent être la cause de complications des plus sérieuses, telles que congestions pulmonaires, hémorrhagies, pneumonies.

Les bains tièdes ont une action presque aussi puissante que les bains froids. M. Peter base cette affirmation sur des données fournies par des recherches expérimentales faites sur l'homme sain et sur l'homme malade. Ces bains ne pré-

sentent ni les dangers, ni les inconvénients des bains froids. A l'inverse de ces derniers, ils sont toujours bien supportés, et, tandis qu'il faut forcer les malades à supporter ceux-ci, ceux-là, au contraire, sont presque toujours réclamés par les typhiques. Sous l'influence de ces bains, la peau devient fraîche, souple; elle reprend sa moiteur habituelle, le pouls se ralentit, se régularise, son dicrotisme est moins appréciable; la langue devient moins sèche, la soif moins vive, l'agitation se calme et le sommeil arrive.

Avec ces bains tièdes, il n'y a plus à craindre les accidents et les complications qui surviennent dans la méthode de Brand; les symptômes pulmonaires, même les plus accusés, ne sont plus une contre-indication.

M. Dujardin-Beaumetz conclut en se déclarant hostile à la méthode de Brand, qu'il propose de remplacer par les bains tièdes.

Nous venons de reproduire, en quelques mots, la discussion qui occupa, pendant plus de deux mois, la Société médicale des hôpitaux de Paris, et nous regrettons de ne pas trouver, au terme de cette polémique vigoureuse, une conclusion nettement définie.

Nous nous trouvons ici en présence d'affirmations contradictoires : celle de M. Féréol, qui regarde les bains froids comme le traitement le plus efficace des accidents typhoïdes, même des accidents pulmonaires, et celle de M. Peter qui s'efforce de renverser les arguments de M. Féréol, et de montrer que sa méthode est *impraticable* et surtout *dangereuse*. Si nous ne considérions que les statistiques, nous serions tenté d'accepter les idées de M. Féréol qui montre des accidents pulmonaires traités et guéris par l'eau froide, car les faits s'imposent. Mais nous croyons, pour notre propre compte, qu'il faut discuter sérieusement les faits et non les accepter en aveugle; car nous trouvons également

dans les statistiques de M. Peter, des observations qui réduisent presque à néant celles de M. Féréol.

En fin de compte, s'il nous est permis de donner notre modeste appréciation en pareille circonstance, nous dirons que la vérité nous est fournie par la moyenne des deux affirmations contraires. Non, la méthode de Brand n'est pas infaillible comme le veulent MM. Féréol et Glénard (1) : non, les hémoptysies et les accidents pulmonaires ne se rattachent pas invariablement à l'action des bains froids, comme le disent MM. Peter et Dujardin-Beaumetz.

On ne saurait cependant méconnaître que, dans certains cas, les symptômes pulmonaires paraissent s'être notablement aggravés à la suite des affusions froides ; aussi accepterons-nous très volontiers la conduite du professeur Pécholier (2), que nous trouvons résumée dans les conclusions suivantes :

« ..... Nous nous sommes fait une loi de n'employer l'eau froide qu'en surveillant attentivement les désordres de la fonction respiratoire, et nous avons, au moins momentanément, suspendu, ou même abandonné le traitement dès que nous avons constaté une augmentation réelle de l'engouement pulmonaire... »

Pour nous résumer, nous dirons que, d'une façon générale, le traitement repose sur les quatre indications suivantes : 1° Dégager les bronches des mucosités dont elles sont remplies ; 2° Détourner le mouvement fluxionnaire ; 3° Combattre, s'il y a lieu, la parésie cardiaque ; 4° Relever l'état général.

La première de ces indications sera admirablement rem-

(1) Glénard, Eau froide, *in Lyon médical*, 1876.
(2) Pécholier, *Sur les indic. du traitement de la fièvre typhoïde*, Montpellier, 1874.

plie par l'emploi du kermès et de l'ipéca. A la deuxième, s'adapteront, suivant les cas, le vésicatoire que nous conseillons peu cependant, l'ipéca et surtout les ventouses sèches appliquées en grand nombre; quant à la dernière de ces indications, elle réclame l'usage des toniques et des stimulants, tels que le quinquina, le vin, l'alcool, et c'est sur ces agents que doivent certainement reposer les plus sérieuses espérances du praticien.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr P. VERGELY.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Bordeaux, le 28 juillet 1886.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PINEL..... *Nosographie philosophique*, 2e édition, Paris, 1818.
LOUIS..... *Traité de la gastro-entérite*, 1829.
BAZIN..... Thèse de doctorat.
BOUILLAUD..... *Nosographie médicale*, t. III, 1846.
DELARROQUE.... *Traité de la fièvre typhoïde*, 1847.
BÉHIER..... *Archives générales de médecine*, 1857.
BRAND..... *Die hydrotherapie der typhus*, Stettin, 1861.
MURCHISON..... *Traité de la fièvre typhoïde*.
GRISOLLE..... *Pathologie interne*.
GRIESINGER..... *Traité des maladies infectieuses*.
JACCOUD..... *Pathologie interne*.
GLÉNARD..... Eau froide, *in Lyon médical*, 1876.
EISENMANN..... *Die krankeits Familie der Typhus*.
D'ESPINE et PICOT *Manuel pratique des maladies de l'enfant*.
GRASSET..... *Montpellier médical*, mai, 1874.
PÉCHOLIER..... *Sur les indications du traitement de la fièvre typhoïde par la créosote ou l'acide phénique et les bains froids*, Montpellier, 1874.
TROUSSEAU..... *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, t. I.
DECANDIN..... *Progrès médical*, 1876.
BARON..... *Du traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant, Thèse de Montpellier*, 1876.
PETER..... *Bulletin de thérapeutique*, mars-avril 1877.
CASTEX..... *Des accidents pulmonaire de la fièvre typhoïde*, Thèse de Paris, 1879.
MARVAUD..... *Archives générales de médecine*, 1880.
GIRAUD..... *Des caractères de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1881.
Bul. de la Soc. médicale des hôpitaux, Paris, 1876, t. XIII, 2e série, p. 322.
VALIN..... *Sur la forme apyrétique ou ambulative grave du typhus ambulatorius*, 1873.

MAYET..... *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirur.*, 1874.
EBERTH..... Die organismen in den organen bei Typhus abdominalis (*Arch. für path. anat. und phys.* tome LXXXI).
KLEBS..... Der Typhus abdominalis eine Schystomicase (*Arch. für experimentelle pathologie*, 1880).
KLEIN..... On the enterie Fever (*Reports of the médical office of the Privy Conncil and local governement Board*, 1875, n° 6.)
LETZERICH..... Experimentelle Untersuchungen, etc. (*Arc. für. path., anat. und. phys.*, t. LXVIII).
RAPPIN..... *Les bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde*, Thèse, Paris, 1881.
ARTIGALAS..... *Les microbes pathogènes.*

Bordeaux, Imp. O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux.